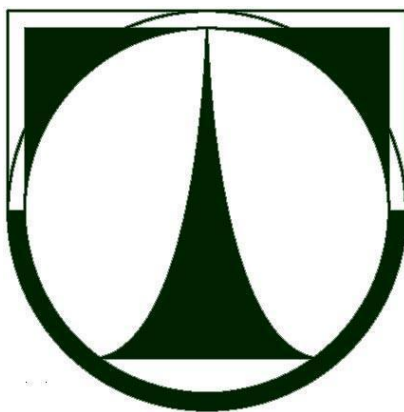


Technická univerzita v Liberci
Hospodářská fakulta



DIPLOMOVÁ PRÁCE

2009

Kateřina Čelišová

Technická univerzita v Liberci
Hospodářská fakulta

Studijní program: N 6208 – Ekonomika a management
Studijní obor: Podniková ekonomika

Analýza ekonomických dopadů pandemie HIV/AIDS v zemích subsaharské Afriky
Analysis of Economics Impacts of HIV/AIDS Pandemic in Sub-Saharan African Countries

DP – PE – KEK 2009 07

KATEŘINA ČELIŠOVÁ

Vedoucí práce: Ing. Kocourek Aleš, Ph.D., Katedra ekonomie
Konzultant: Prof. Ing. Fárek Jiří, CSc., Katedra ekonomie

Počet stran: 92

Počet příloh: 4

Datum odevzdání: 22. 5. 2009

Technická univerzita v Liberci
Hospodářská fakulta

Studijní program: Ekonomika a management
Obor: 6208T085
Akademický rok: 2008/2009

PODKLAD PRO ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA:	OSOBNÍ ČÍSLO:
ČELIŠOVÁ Kateřina	L. Janáčka 936; Jičín - Valdické Předměstí	H07000014

NÁZEV TÉMATU ČESKY:

Analýza ekonomických dopadů pandemie HIV/AIDS v zemích subsaharské Afriky

NÁZEV TÉMATU ANGLICKY:

Analysis of Economics Impacts of HIV/AIDS Pandemic in Sub-Saharan African Countries

VEDOUCÍ PRÁCE:

Ing. Aleš Kocourek, Ph.D. - KEK

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Stanovení cílů a formulace hypotéz
2. Historie a vývoj pandemie HIV/AIDS v subsaharské Africe
3. Ekonomické problémy způsobené HIV/AIDS
4. Možná řešení a návrh opatření v boji s HIV/AIDS v subsaharské Africe
5. Závěry a doporučení

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Malaria and HIV Interactions and Their Implications for Public Health Policy. 1 st Ed. Geneva, Switzerland: WHO, 2005. ISBN 92-4-154694-8.
AIDS in Sub-Saharan Africa. UNAIDS – Uniting the World against AIDS, 2006.
AIDS Epidemic Update: December 2005. Geneva, Switzerland: UNAIDS/WHO, 2005. ISBN 92-9-173439-X.
Jeníček, V. – Foltýn, J.: Globální problémy a světová ekonomika. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. ISBN 80-7179-795-2.
World Development Report 2008. Washington, USA: WB/IBRD, 2007. ISBN 0-82136-807-9.

PODPIS STUDENT-
TA:

DATUM:

**PODPIS VEDOU-
CÍHO PRÁCE:**

DATUM:

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

Datum:

Podpis:

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá problematikou HIV/AIDS se zaměřením na region subsaharské Afriky. V úvodní části je popsán současný stav rozšíření infekce ve světě (počet infikovaných virem HIV, počet nově nakažených, úmrtí na následky AIDS, prevalence mezi ženami a dětmi). Další kapitola je zaměřena na popis viru HIV a průběh nemoci AIDS a na možné způsoby přenosu viru. Část práce se dále zabývá nastíněním současné situace v subsaharské Africe, detailnější popis jednotlivých států je obsažen v příloze. Největší pozornost je věnována dopadům pandemie HIV/AIDS a jejím vlivem na domácnosti, firmy, zemědělství, zdravotnický sektor, vzdělávání a ekonomický růst. Na závěr jsou uvedeny možné způsoby boje proti této zákeřné chorobě.

Klíčová slova

HIV, AIDS, pandemie, subsaharská Afrika

Annotation

This diploma thesis deals with HIV/AIDS with a focus on sub-Saharan Africa region. In the introductory section describes the current state of extension of infection in the world (the number of HIV-infected, the number of newly infected, the death of the consequences of AIDS, prevalence among women and children). Next chapter is focused on the description of HIV and AIDS and the course of the possible ways of transmission of the virus. Part of the work is also paid to the current situation in sub-Saharan Africa, more detailed description of the individual states is given in Annex. The greatest attention is paid to effects of HIV / AIDS pandemic and its impact on households, businesses, agriculture, health sector, education and economic growth. In the conclusion are given possible ways to combat this insidious disease.

Key Words

HIV, AIDS, Pandemic, Sub-Saharan Africa

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat svojí rodině za finanční i psychickou podporu a za jejich trpělivost během mých studií. Dále bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce Ing. Aleši Kocourkovi, Ph.D., za užitečné rady a pomoc při psaní této práce.

Obsah

1	Úvod	- 11 -
2	Celosvětový přehled HIV/AIDS.....	- 12 -
3	Miléniové cíle.....	- 22 -
4	Vir HIV a onemocnění AIDS	- 25 -
5	Subsaharská Afrika	- 29 -
6	Dopady HIV/AIDS	- 39 -
6.1	Demografické dopady HIV/AIDS	- 40 -
6.2	Dopad HIV/AIDS na domácnosti	- 56 -
6.3	Dopad HIV/AIDS na firmy	- 62 -
6.4	Dopad HIV/AIDS na zemědělství	- 69 -
6.5	Dopad HIV/AIDS na vzdělání.....	- 73 -
6.6	Dopad HIV/AIDS na zdravotnictví	- 76 -
6.7	Dopad HIV/AIDS na ekonomický růst	- 80 -
7	Boj proti HIV/AIDS	- 88 -
8	Závěr	- 91 -
	Bibliografie.....	- 93 -
	Citace	- 96 -
	Seznam příloh	- 100 -
	Přílohy	

Seznam zkratek

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získané imunodeficiency)

ART - Antiretroviral therapy (Antiretrovirální léčba)

CD4 - Buňky imunitního systému (T4 lymfocyty)

CDC - Center for Disease Control (Centrum pro kontrolu nemocí a prevenci)

ČSAP - Česká společnost AIDS pomoc

DNA - Kyselina deoxyribonukleová

HDP - Hrubý domácí produkt

HIV - Human Immunodeficiency Virus (Virus lidské imunitní nedostatečnosti)

JAR - Jihoafrická republika

OSN - Organizace spojených národů

RNA - Kyselina ribonukleová

SAR - Středoafriická republika

SIV - Simian Immunodeficiency Virus (Virus opičí imunodeficiency)

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNGAS - United Nations General Assembly (Valné shromáždění Organizace spojených národů)

WHO - World Health Organization

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet HIV pozitivních obyvatel v jednotlivých regionech světa v roce 2007	14 -
Tabulka 2: Pokrytí ART v chudých zemích, prosinec 2002	28 -
Tabulka 3: Státy, na které má AIDS největší demografický dopad	40 -
Tabulka 4: Demografické dopady HIV/AIDS	42 -
Tabulka 5: Počet úmrtí bez a s výskytem AIDS (rozděleno podle zemí), v letech 1995-2025 (v milionech) .	44 -
Tabulka 6: Očekávaná délka života při narození bez a s výskytem AIDS v letech 1995-2025 (rozděleno podle zemí)	45 -
Tabulka 7: Hrubá míra úmrtí, rozděleno podle zemí, v letech 1995-2025 (na 1000 osob)	47 -
Tabulka 8: Dopad HIV/AIDS na velikost a míru růstu populace v letech 1995-2025	48 -
Tabulka 9: Kojenecká úmrtnost a úmrtnost dětí do 5-ti let v letech 1995-2025	53 -
Tabulka 10: Ztráta očekávané délky života při narození v důsledku AIDS (podle pohlaví), v letech 2000-2005, 2010-2015 a 2020-2025	55 -
Tabulka 11: Náklady pandemie HIV/AIDS v šesti afrických společnostech (v amerických dolarech)	65 -
Tabulka 12: Náklady na HIV/AIDS na zaměstnance, Keňa (v amerických dolarech)	66 -
Tabulka 13: Procentní podíl jednotlivých typů nákladů na celkových nákladech	67 -
Tabulka 14: Úbytek produkce zemědělských plodin v domácnostech zasažených HIV/AIDS v Zimbabwe, rok 1997	70 -
Tabulka 15: Ztráta pracovní síly v zemědělském sektoru ve 12-ti afrických státech v roce 2000 a 2020 (v procentech)	71 -
Tabulka 16: Produkce trhu s obilím ve vybraných afrických státech	72 -
Tabulka 17: Počet žáků základních škol, kteří ztratili učitele na následky AIDS, rok 1999	76 -
Tabulka 18: Výsledky studií makroekonomických dopadů HIV/AIDS v Africe	83 -

Seznam obrázků

Obrázek 1: Celosvětový pohled na prevalenci HIV/AIDS v roce 2007 (33 milionů lidí HIV pozitivních)	13 -
Obrázek 2: Odhadovaný počet HIV pozitivních ve věku 15-49 let v subsaharské Africe a na celém světě v letech 1990-2007	15 -
Obrázek 3: Odhadovaný počet nově infikovaných v letech 1990-2007 celosvětově.....	16 -
Obrázek 4: Odhadovaný počet úmrtí způsobených AIDS v letech 1990-2007 celosvětově.....	17 -
Obrázek 5: Počet dětí infikovaných virem HIV v letech 1990-2007 celosvětově	18 -
Obrázek 6: Počet nově infikovaných dětí v letech 1990-2007 celosvětově.....	19 -
Obrázek 7: Počet dětských úmrtí na AIDS v letech 1990-2007 celosvětově.....	19 -
Obrázek 8: Procento infikovaných žen nad 15 let v letech 1990-2007.....	20 -
Obrázek 9: Vybrané události sledující vývoj pandemie HIV/AIDS	22 -
Obrázek 10: Původ viru HIV	25 -
Obrázek 11: Africký kontinent	29 -
Obrázek 12: Subsaharská Afrika	29 -
Obrázek 13: Rozšíření HIV v Africe mezi obyvateli ve věku 15-49 let, rok 2007.....	30 -
Obrázek 14: Prevalence HIV (v %) mezi lidmi ve věku 15-24 let podle pohlaví, v letech 2005-2007	31 -
Obrázek 15: Rozšíření HIV v letech 1997-2007 mezi gravidními ženami navštěvujícími prenatální kliniku (v procentech)	32 -
Obrázek 16: Očekávaná délka života podle regionů v letech 1950-1955 až 2005-2010	34 -
Obrázek 17: Změny ve struktuře populace, srovnání Ghany a Lesotha v letech 1950 a 2007	35 -
Obrázek 18: Odhadovaný počet úmrtí způsobených AIDS v 53 zemích v letech 1990-2025.....	43 -
Obrázek 19: Dopad HIV/AIDS na velikost populace v 38 afrických zemích v letech 1995-2000 a 2020-2025....	49 -
Obrázek 20: Dopad HIV/AIDS na velikost populace v 7 afrických zemích s prevalencí HIV nad 20 % v letech 1995-2000 a 2020-2025.....	49 -
Obrázek 21: Populační pyramida Botswany v roce 2025	50 -
Obrázek 22: Roční míra růstu obyvatel v 38 afrických státech s následkem a bez následků AIDS v letech 1980-1985 až 2020-2025	51 -
Obrázek 23: Roční míra růstu obyvatel v 7 nejvíce postižených afrických státech s následkem a bez následků AIDS, v letech 1980-1985 až 2020-2025	52 -
Obrázek 24: Konceptní rámec socio-ekonomických dopadů pandemie HIV/AIDS na domácnosti	57 -
Obrázek 25: Konceptní rámec socio-ekonomických dopadů pandemie HIV/AIDS na firmy	63 -
Obrázek 26: Průběh následků HIV/AIDS na vzdělávací systém	74 -
Obrázek 27: Konceptní rámec dopadů HIV/AIDS na zdravotnictví.....	77 -
Obrázek 28: Konceptní rámec dopadů HIV/AIDS na ekonomiku	81 -

1 Úvod

Virus lidské imunodeficiency (Human Immunodeficiency Virus - HIV) a následné onemocnění takzvaný syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) představují v současné době nejsmrtelnější a nejzávažnější chorobu na naší planetě. HIV/AIDS postihuje svojí charakteristikou všechny sféry lidského života a představuje celosvětový problém, jehož dopady ovlivňují celou společnost. Kromě ztrát milionů lidských životů s sebou nese i zásadní působení na světovou ekonomiku. V současném globálním, kulturně i ekonomicky provázaném světě musí být kladen důraz na mezinárodní humanitární, lékařskou a finanční pomoc zemím subsaharské Afriky a dalším zemím, jejichž možnosti boje proti AIDS jsou značně omezeny z hlediska finančních a lidských zdrojů, ale i z hlediska technologií a zdravotnického výzkumu a vývoje.

Téma HIV/AIDS v zemích subsaharské Afriky jsem si vybrala z několika důvodů. Tím nejpodstatnějším je potřeba vyzdvihnout závažnost dané problematiky a zejména poukázat na vážnou situaci, která si žádá okamžitá řešení. V druhém důvodu výběru tohoto tématu spatřuji možnost přispět k inspiraci dalších osob, které by se zapojily do boje proti tzv. metle lidstva, kterým AIDS bezesporu je. Posledním důvodem vedoucím k výběru je propojenost zkoumané látky s ekonomikou, tudíž kromě etické a společenské dimenze se námět rozšiřuje i o hledisko ekonomické.

Cílem práce je v první řadě poskytnout ucelený a objektivní přehled o stavu a vývoji AIDS v zemích subsaharské Afriky a jeho ekonomických dopadech. Dalším cílem je nástin případných možností, kterými by bylo možné situaci zlepšit. Posledním cílem práce je upozornit na nebezpečnost a zákeřnost HIV/AIDS, motivovat všechny osoby, aby situaci nepodceňovaly a samy pomohly v boji proti této chorobě.

2 Celosvětový přehled HIV/AIDS

Odhaduje se, že v roce 2007 bylo na celém světě 33 milionů lidí infikovaných virem HIV. V tomtéž roce zemřely na onemocnění virem HIV neboli na AIDS přibližně 2 miliony lidí [Report on the global AIDS epidemic, 2008]. Počet nakažených lidí na celém světě od roku 1980 stále roste. Od objevení viru HIV před 28 lety na AIDS zemřelo již přes 25 milionů lidí [Report on the global AIDS epidemic, 2008]. Každý den se nakazí virem HIV přes 6 800 lidí a zemře na AIDS přes 5 700 lidí [AIDS Epidemic Update, 2007]. Většinou kvůli nedostatečné prevenci a dostupnosti lékařské služby.

Jenom v subsaharské Africe žije 67 % všech nakažených virem HIV, 75 % všech úmrtí na AIDS v roce 2007 se odehrálo také na tomto kontinentu a bezmála z 12-ti milionů dětí udělala pandemie HIV/AIDS sirotky [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

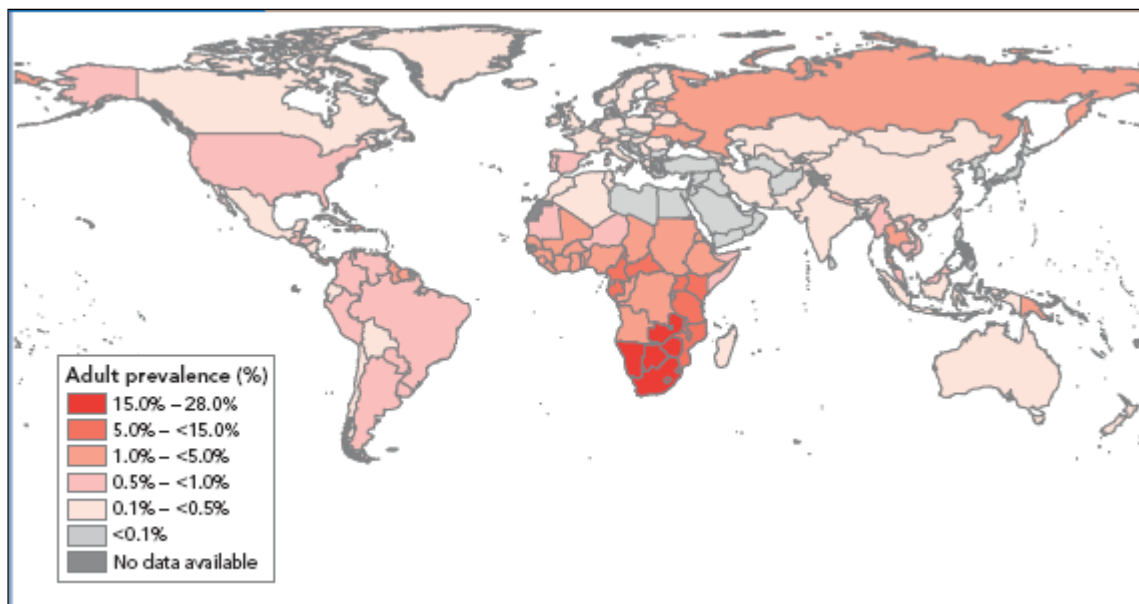
Většina infikovaných se nachází v produktivním věku, což má ohromné dopady na ekonomiku zemí. 45 % nově infikovaných se nachází ve věku 15-24 let [Report on the global AIDS epidemic, 2008]. HIV způsobil větší ztráty produktivity než jakákoliv jiná choroba a uvrhl mnoho domácností do chudoby.

Odhaduje se, že během roku 2007 bylo nově infikováno 370 000 dětí mladších 15-ti let. Celosvětově počet dětí infikovaných virem vzrostl oproti roku 2001 z 1,6 milionu na 2,0 miliony v roce 2007. 90 % HIV pozitivních dětí žije v subsaharské Africe. Přibližně 90 % dětí se nakazilo virem HIV během těhotenství, při porodu nebo kojení [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

V nejhůře postižených zemích pandemie AIDS snížila průměrnou délku života o více než 20 let, zpomalila ekonomický růst a prohloubila chudobu [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

Onemocnění AIDS se stalo pandemií. Epidemie i pandemie je formou hromadného výskytu infekční choroby. V případě epidemie je výskyt nemoci časově a prostorově ohraničen. U epidemie bývá postiženo zpravidla jen několik zemí. Epidemií je například virus ptačí chřipky. Pandemie však není prostorově omezena, týká se celého světa (viz. obrázek č. 1 – rozsah pandemie HIV/AIDS). Svým rozsahem a následky bývá pandemie HIV/AIDS srovnávána

pouze s dýmějovým morem ze 14. století, který tehdy postihl celý svět a během pěti let zmenšil počet obyvatel v Evropě na polovinu [AIDS otázky a odpovědi].



Obrázek 1: Celosvětový pohled na prevalenci HIV/AIDS v roce 2007 (33 milionů lidí HIV pozitivních)

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008

2.1 Počet infikovaných virem HIV

Na obrázku č. 1 je zřejmé, že nejvíce zasaženou oblastí je africký kontinent, obzvláště jižní Afrika, kde se prevalence¹ HIV pohybuje v rozmezí 15-28 %. V subsaharské Africe žije 67 % všech HIV pozitivních [Report on the global AIDS epidemic, 2008]. Je také patrné, že ačkoliv některé země jsou zasaženy méně, problematika se týká celého světa. Na celém světě je 33, 2 milionu lidí HIV pozitivních, z toho 30,8 milionů dospělých, 15,4 milionů žen a 2,5 milionů dětí pod 15 let [AIDS Epidemic Update, 2007]. V roce 2007 bylo ve střední a západní Evropě 750 000 HIV pozitivních, ve východní Evropě a střední Asii 1,6 milionu, ve východní Asii 800 000, v jižní a jihovýchodní Asii 4,0 milionu, v Oceánii 75 000, v severní Africe a na Středním východě 380 000, v subsaharské Africe 22,5 milionu, v Latinské Americe 1,6 milio-

¹ obecné rozšíření; demografický ukazatel; poměr počtu nemocných k počtu obyvatel [slovník cizích slov ABZ]

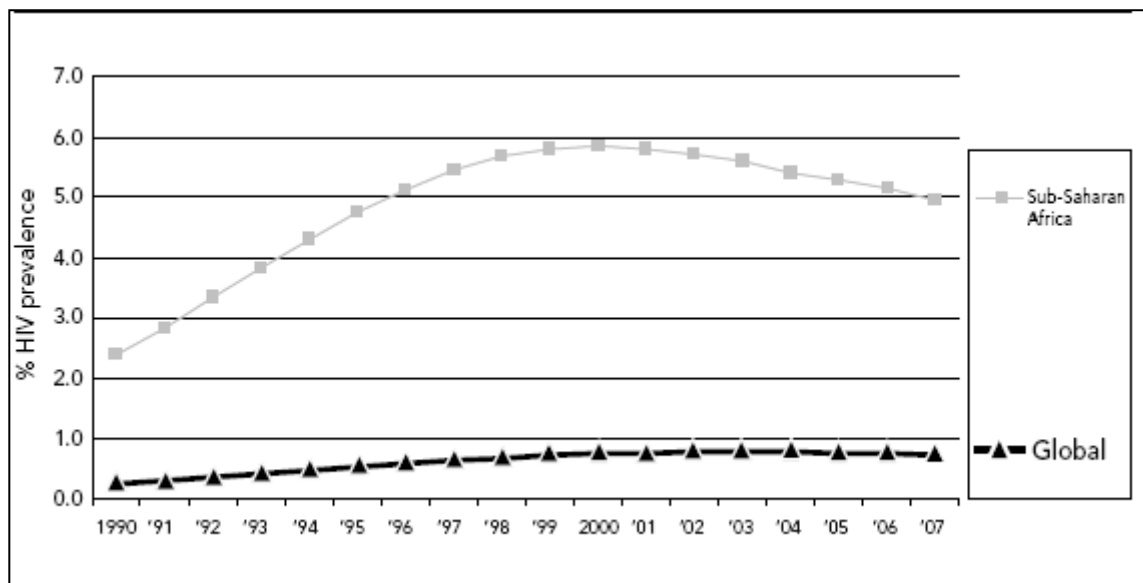
nu, v Karibiku 230 000 a v Severní Americe 1,3 milionu. Pro přehlednost jsou data zobrazena v tabulce č. 1. [Report on the global AIDS epidemic, 2008]

Tabulka 1: Počet HIV pozitivních obyvatel v jednotlivých regionech světa v roce 2007

Oblast	Počet HIV pozitivních obyvatel
Střední a západní Evropa	750 000
Východní Evropa a střední Asie	1 600 000
Východní Asie	800 000
Jižní a jihovýchodní Asie	4 000 000
Oceánie	75 000
Severní Afrika a Střední východ	380 000
Subsaharská Afrika	22 500 000
Latinská Amerika	1 600 000
Karibik	230 000
Severní Amerika	1 300 000

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008

2.2 Počet infikovaných v produktivním věku

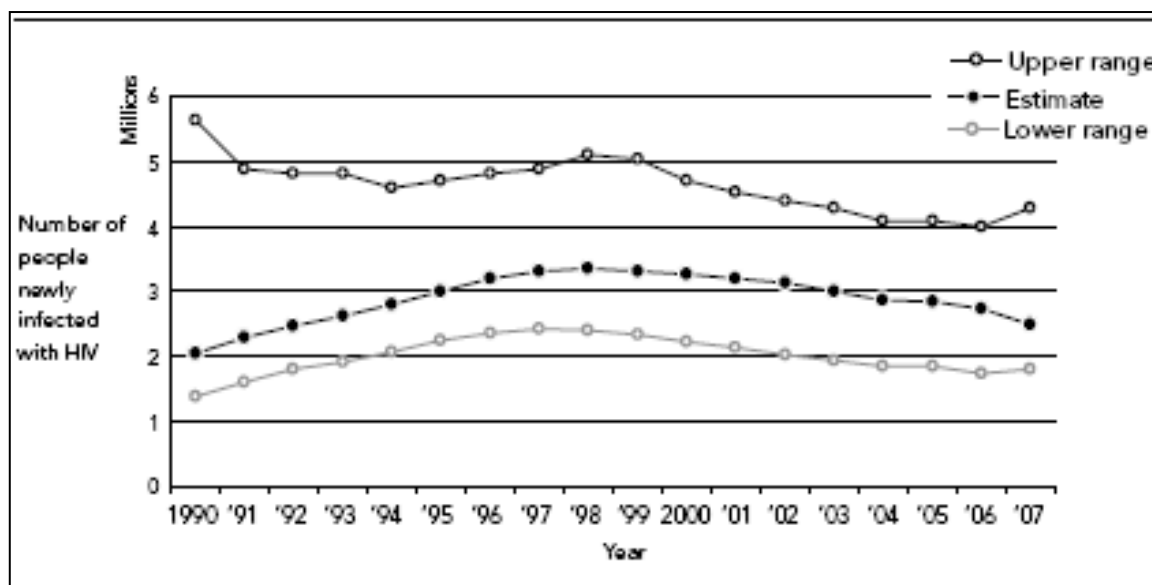


Obrázek 2: Odhadovaný počet HIV pozitivních ve věku 15-49 let v subsaharské Africe a na celém světě v letech 1990-2007

Zdroj: *AIDS Epidemic Update*, 2007

Od roku 1990 je pandemie HIV/AIDS stále na vzestupu. I když se zdá, že počet HIV pozitivních obyvatel v subsaharské Africe ve věku 15-49 let dosáhl kolem roku 2000 svého vrcholu a pandemie AIDS pomalu ustupuje (viz. graf č. 2). Přesto se lidstvo nesmí nechat ukolébat výhledem pozitivnějších odhadů a dále bojovat proti hlavním faktorům šíření infekce. Zdánlivý pokles počtu nakažených může být způsoben vysokou úmrtností na AIDS. V roce 2001 zemřelo na následky tohoto onemocnění 1,7 milionu obyvatel planety, o šest let později, tedy v roce 2007, tento počet vzrostl na 2,0 miliony. Rostoucí míra mortality je na jednu stranu zpomalena účinnou antiretrovirální léčbou, ale zároveň poháněna stále větším počtem HIV pozitivních lidí. Je také nutné dodat, že rostoucí tendenci počtu infikovaných částečně zapříčiňuje léčba nemocných AIDS, která prodlužuje lidem život. Počet úmrtí však nepřevyšuje počet nově infikovaných, což vyvolává neustálý růst křivky HIV pozitivní populace.

2.3 Počet nově infikovaných virem HIV celosvětově



Obrázek 3: Odhadovaný počet nově infikovaných v letech 1990-2007 celosvětově

Zdroj: *AIDS Epidemic Update*, 2007

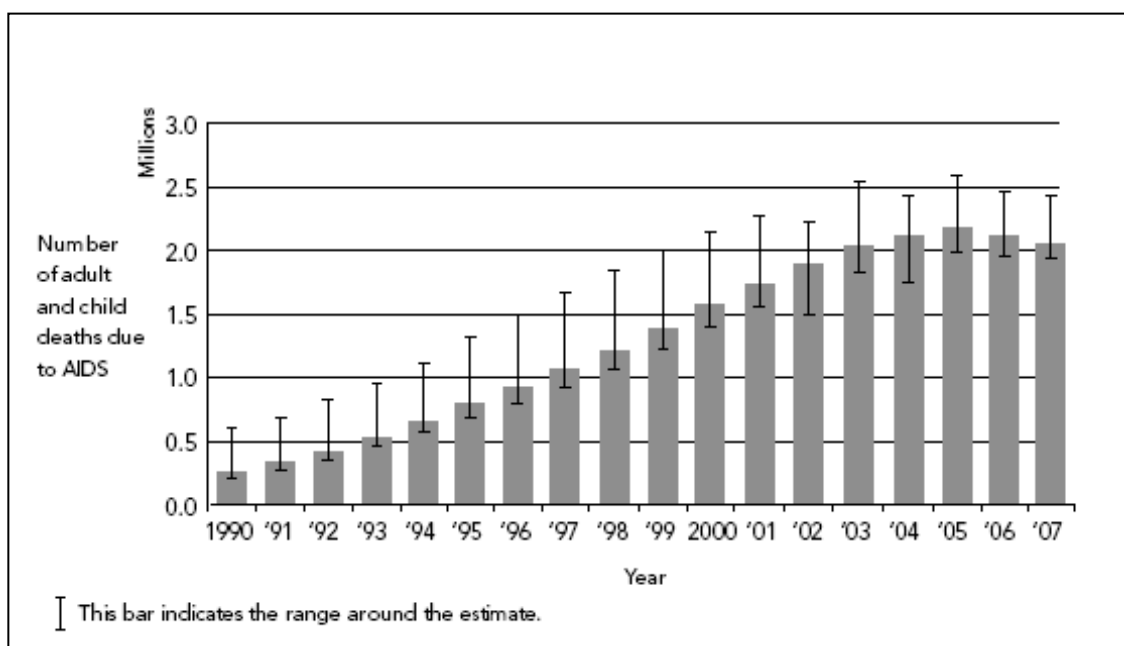
Graf č. 3 zobrazuje počet nově infikovaných lidí během let 1990 až 2007 na celém světě. Měření počtu infikovaných lidí je velmi obtížné, obzvláště v rozvojových zemích, kde se ne každý podrobí testování a příznaky onemocnění AIDS jsou často zaměněny s jinými chorobami. Proto se získaná data pohybují v intervalovém odhadu. Počet nově infikovaných klesl oproti roku 2001, kdy dosahoval 3 milionů (odhadované rozmezí 2,6 - 3,5 milionu), na 2,7 miliony v roce 2007 (odhadované rozmezí 2,2 – 3,5 milionu) [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

V samotné jižní Africe se nachází celá jedna třetina (32 %) nově infikovaných na světě. V severní a severo-východní Asii klesl odhadovaný počet nově infikovaných ze 450 000 v roce 2001 na 340 000 v roce 2007, ve východní Evropě z 230 000 v roce 2001 na 150 000 v roce 2007. Pokles nově HIV pozitivních ve východní Evropě je zapříčiněn hlavně zpomalením tempa růstu pandemie v Rusku, které je nejhůře postiženou zemí v tomto regionu a ve kterém pandemie od roku 1990 prudce stoupala. V roce 2001 dosáhla pandemie AIDS v Rusku svého vrcholu. V současné době je opět na vzestupu, ale v menší míře než na počátku 90. let. Ve východní Asii bylo nově infikováno 92 000 lidí v roce 2007, což je o 20 % více než v roce 2001, kdy byl počet nově nakažených 77 000. V Oceánii byl zaznamenán také ná-

růst v počtu nově HIV pozitivních, z 3 800 v roce 2001 vzrostl jejich počet na 14 000 v roce 2007. V Karibiku, Latinské Americe, na Středním Východě, v severní Africe, Severní Americe a západní Evropě zůstává počet infikovaných v roce 2007 poměrně stabilní [AIDS Epidemic Update, 2007].

2.4 Počet úmrtí na následky AIDS na celém světě

V roce 2007 zemřelo na AIDS 2,1 milionu lidí (odhadované rozmezí se pohybuje od 1,9 do 2,4 milionu), z toho 1,7 milionu dospělých (1,6 – 2,1 milionu) a 330 000 dětí pod 15 let (310 000 – 380 000). Subsaharská Afrika se podílí na tomto počtu 75-ti % [AIDS Epidemic Update, 2007].



Obrázek 4: Odhadovaný počet úmrtí způsobených AIDS v letech 1990-2007 celosvětově

Zdroj: AIDS Epidemic Update, 2007

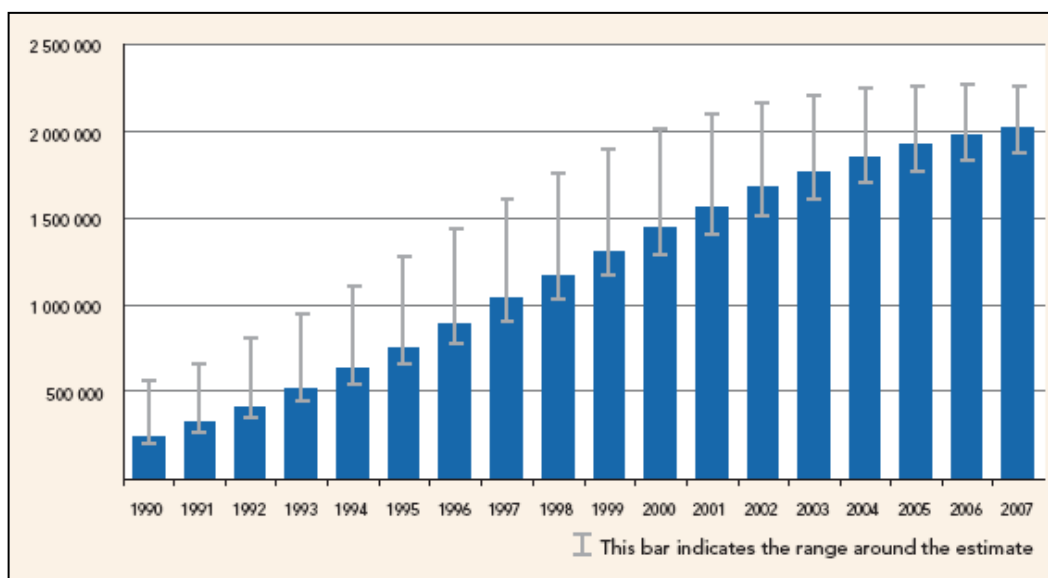
Od roku 1990 úmrtnost způsobená pandemií AIDS prudce stoupala. Během roku 1990 zemřelo na následky AIDS necelého půl milionu lidí, o sedm let později v roce 1997 již překročil počet úmrtí hranici 1 milionu a o dalších šest let později, v roce 2003, usmrtila tato infekce

dvojnásobný počet lidí, tedy 2 miliony obyvatel naší planety (viz. obrázek č. 4) [AIDS Epidemic Update, 2007]. V roce 2005 dosáhla pandemie svého vrcholu a počet úmrtí od té doby každoročně klesá. Může za to úspěšná antiretrovirální léčba.

2.5 Počet dětí infikovaných virem HIV, šíření pandemie mezi dětmi a počet dětských úmrtí na AIDS

Počet infikovaných dětí rok od roku roste (viz. obrázek č. 5). Zatímco v roce 2001 bylo na světě 1,6 milionu HIV pozitivních dětí mladších 15-ti let, v roce 2007 infekce dosáhla hranice 2 milionů. Z celého počtu nakažených dětí žije 90 % v subsaharské Africe [Report on the global AIDS epidemic, 2008]. Většina těchto dětí se dožívá pouze pár let života, propuknutí nemoci AIDS je u dětí rychlejší než u dospělých jedinců a děti umírají již v útlém věku.

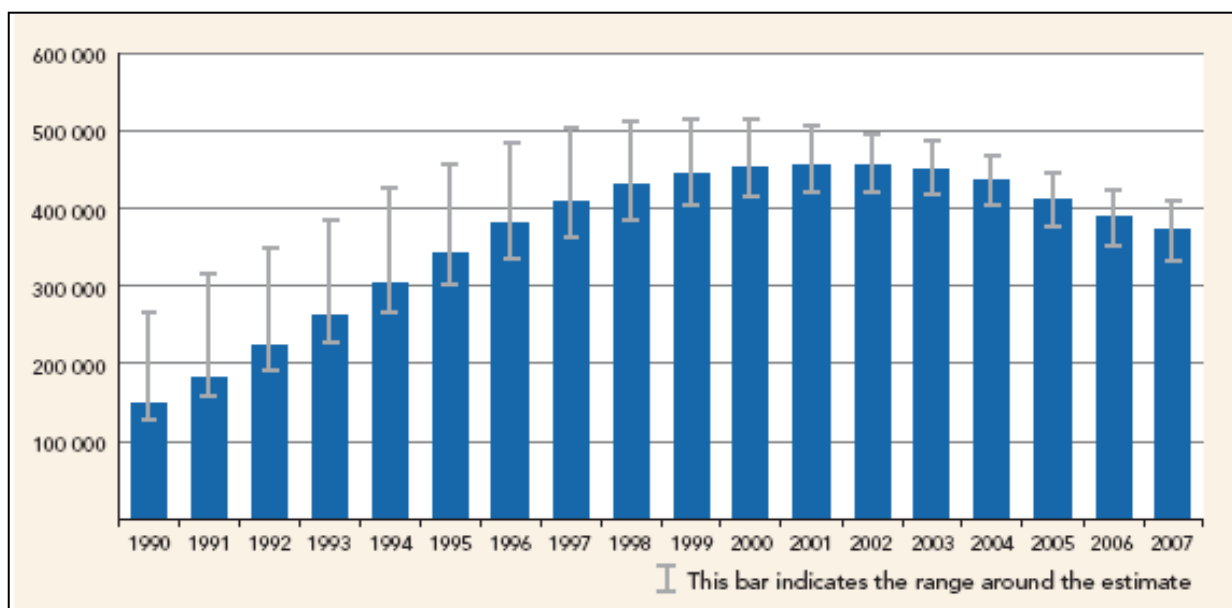
Jak již bylo řečeno, většina dětí se nakazí přenosem z matky na dítě, tedy v době těhotenství, při porodu nebo při kojení. Pouze nepatrný počet dětí se infikoval pomocí kontaminovaných jehel, transfúzemi, sexuálním zneužitím nebo skarifikací².



Obrázek 5: Počet dětí infikovaných virem HIV v letech 1990-2007 celosvětově

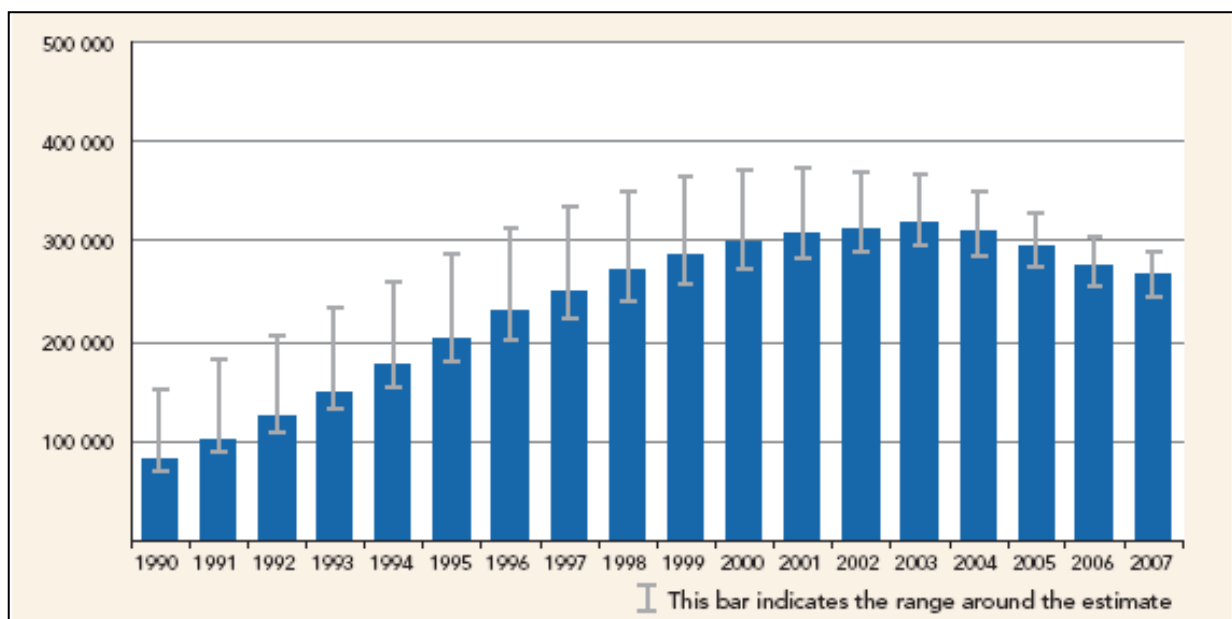
Zdroj: *Report on the global AIDS epidemic, 2008*

² Naříznutí povrchu kůže pro očkování [Slovník cizích slov]



Obrázek 6: Počet nově infikovaných dětí v letech 1990-2007 celosvětově

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008



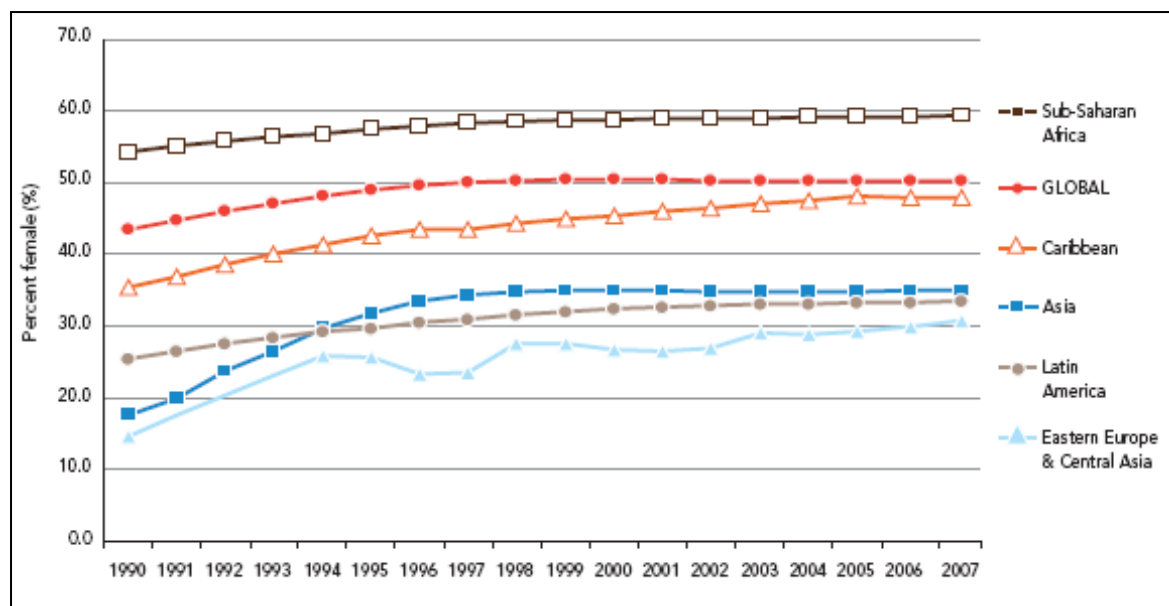
Obrázek 7: Počet dětských úmrtí na AIDS v letech 1990-2007 celosvětově

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008

Na grafu č. 6 je zobrazen počet nově infikovaných dětí v každém roce od počátku 90. let 20. století až do roku 2007. V letech 2000 až 2002 dosáhlo šíření viru mezi dětmi svého vrcholu a od tohoto data počet nově nakažených dětí klesá. Tento pokles je zapříčiněn stabilizací prevalence HIV mezi ženami a účinnými preventivními programy zabráňujícími přenosu viru z matky na dítě.

V roce 2007 zemřelo na následky AIDS 270 000 dětí (rozmezí 250 000 až 290 000) mladších 15-ti let [Report on the global AIDS epidemic, 2008]. Mezi nejvíce postižené země patří Botswana a Zimbabwe. V těchto zemích je virus HIV hlavní příčinou u více jak jedné třetiny úmrtí dětí mladších 5-ti let. Klesající tendence šíření pandemie mezi dětmi má za následek i klesající tendenci v počtu dětských úmrtí v posledních letech. Úmrtí dětí dosáhla svého vrcholu v letech 2002-2004 a od té doby klesá, což je patrné na grafu č. 7.

2.6 Počet HIV pozitivních žen na světě

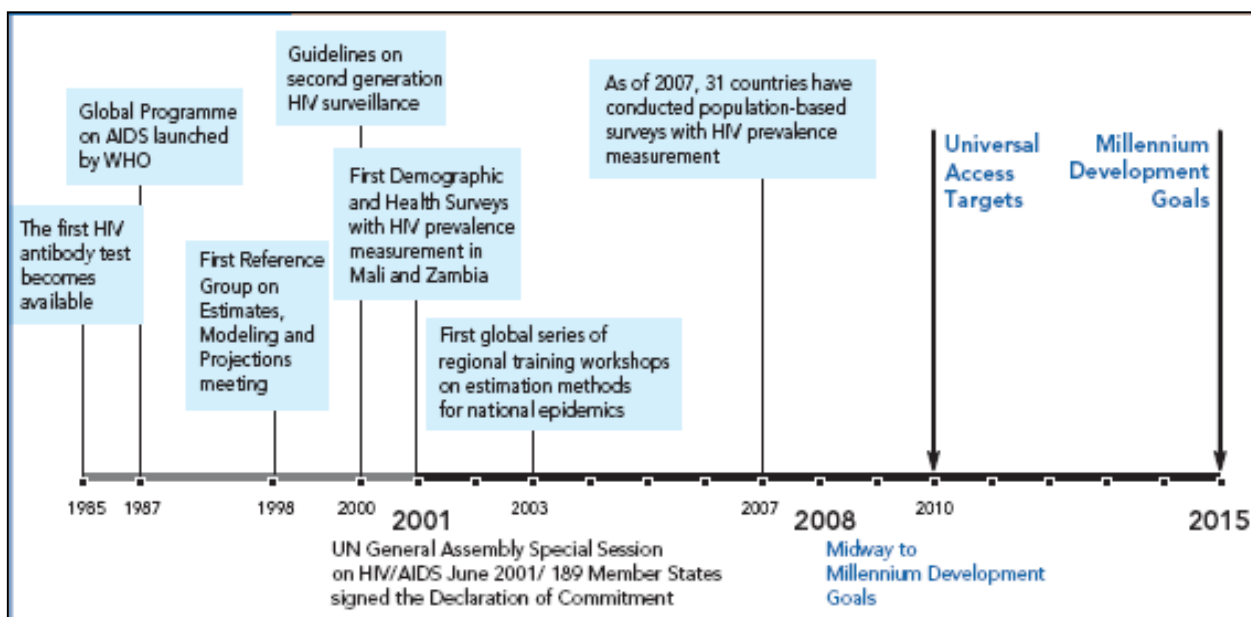


Obrázek 8: Procento infikovaných žen nad 15 let v letech 1990-2007

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008

Polovinu počtu nakažených na celém světě tvoří ženy. Z grafu č. 8 je čitelné, že nejvíce zasažených žen se nachází v subsaharské Africe, kde podíl infikovaných žen představuje 60 %. Nerovnoměrné rozdělení mezi muži a ženami je i ve východní Evropě a centrální Asii, kde je však počet nakažených žen pouze 30 % a podíl infikovaných mužů je tedy 70 %. Dále v Latinské Americe a Asii, kde se pohybuje okolo 35-ti %. Hlavní příčinu různorodého zasažení žen a mužů na různých kontinentech je třeba hledat ve způsobu přenosu infekce. Zatímco například v Evropě nebo Americe mezi rizikové skupiny patří homosexuálové nebo drogově závislí užívající drogy nitrožilně, v Africe se HIV/AIDS šíří hlavně nechráněným pohlavním stykem. Globální průměr se pohybuje kolem 50-ti %, je tedy postiženo stejné množství žen i mužů [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

3 Miléniové cíle



Obrázek 9: Vybrané události sledující vývoj pandemie HIV/AIDS

Zdroj: *Report on the global AIDS epidemic, 2008*

Obrázek č. 9 zobrazuje důležité mezníky v boji proti HIV/AIDS. V roce 1985 byl objeven první test na zjištění protilátek proti viru HIV v krvi, což byl velký vědecký průlom v boji s touto nemocí. Do té doby se nedalo zjistit, kdo je HIV pozitivní a nebyla zahájena preventivní opatření proti šíření nákazy. Infekce HIV se v té době šířila například transfúzemi, protože nebylo možné vyloučit infikované jedince z dárcovství krve. V roce 1987 byl poprvé zahájen celosvětový program proti AIDS, který zaštiťovala Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - WHO). V roce 2000 přijali světoví lídři řadu miléniových cílů, které se staly prvním krokem pro bezpečnější, zdravější a více spravedlivý svět. Základem rozvojových cílů milénia je zvrácení vývoje pandemie HIV/AIDS ve světě do roku 2015. K tomu je zapotřebí, aby se problém pandemie AIDS stal mezinárodní prioritou 21. století. Na prvním Valném shromáždění Spojených národů (United Nations General Assembly - UN-GAS) konaném v roce 2001 podepsalo 189 členských států Prohlášení o závazku (Declaration of Commitment), kterým se zavázaly učinit určité kroky a měřitelný pokrok v boji proti AIDS. V roce 2006 opět potvrdily svůj slib v Politickém prohlášení, že učiní kroky, které povedou k dostupnosti léčby HIV pozitivních, prevenci, péči o nemocné a pomoci všem lidem na světě před pandemií AIDS do roku 2010 [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

3.1 Rozvojový cíl tisíciletí č. 1

Prvním cílem tisíciletí je vymýtit extrémní chudobu a hlad. V první řadě v oblastech, ve kterých pandemie HIV/AIDS uvrhla většinu domácností do chudoby, zpomalila ekonomický růst a podkopala důležité sektory, na nichž závisí ekonomický rozvoj. Ve venkovských oblastech s vysokou prevalencí HIV pandemie oslabila zemědělský sektor, což vedlo k nedostatku potravy. Proto je také prvním cílem pomoc postiženým zemím v růstu jejich ekonomiky, zmenšit nerovnosti v příjmech a zabránit akutnímu hladu. Chudoba velmi napomáhá šíření viru HIV. Nutí ženy poskytovat sexuální služby za peníze, potravu či jiné zboží, chudí lidé opouštějí své rodiny a migrují za prací a jsou často méně vzdělání, což jen přispívá k šíření nákazy.

3.2 Rozvojový cíl tisíciletí č. 2

Druhým miléniovým cílem je dosáhnout všeobecného základního vzdělání. Základní vzdělání přináší i prostor pro šíření prevence mezi mladými lidmi. Cílem je umožnit školní docházku také sirotkům, kteří díky AIDS přišli o rodiče.

3.3 Rozvojový cíl tisíciletí č. 3

Třetím cílem je odstranit nerovnosti mezi pohlavími a posílit postavení žen ve společnosti. Pandemie AIDS zdůraznila nutnost vytvořit nové normy, které by zrovnoprávnilly postavení žen a mužů. Sociální a kulturní tradice v mnoha afrických zemích neumožňují ženám, aby samy rozhodovaly o svém sexuálním životě nebo o mimomanželském sexuálním životě svého manžela. U mužů je předmanželský i mimomanželský pohlavní styk tolerován, dokonce i očekáván, což napomáhá šíření viru HIV. Muž platí za nevěstu její rodině sjednanou finanční částku, což jen podporuje představu, že manželka je majetkem manžela. Žena nesmí odmítnout pohlavní styk nebo žádat kondom, přestože je její partner infikován virem HIV. Ženy bývají také často méně vzdělané.

3.4 Rozvojový cíl tisíciletí č. 4

Čtvrtým cílem milénia je snížit dětskou úmrtnost. Na začátku tohoto desetiletí si pandemie AIDS vyžádala 3% úmrtnost dětí pod 5 let. Většina případů byla způsobena přenosem infekce z matky na dítě, proto je cílem zvýšit prevenci, aby k těmto přenosům nedocházelo [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

3.5 Rozvojový cíl tisíciletí č. 5

Dalším cílem je zlepšit zdraví matek. Ženy tvoří přibližně polovinu infikovaných virem HIV na světě. Snazší přístup k antiretrovirální léčbě a lékařské péči zlepší zdravotní stav žen, zabrání přenosu viru z matky na dítě a zajistí dětem dobrou péči od vlastních rodičů. Vytvoření programů na zlepšení sexuálního zdraví pomáhá ženám získat informace a služby, které potřebují, aby mohly učinit reprodukční rozhodnutí.

3.6 Rozvojový cíl tisíciletí č. 6

Šestým cílem tisíciletí je bojovat proti pandemii HIV/AIDS, malárii a dalším závažným nemocem. Šíření nemocí spolu často úzce souvisí. Například pohlavní nemoci zvyšují riziko nákazy virem HIV a vir HIV je důležitý faktor v šíření tuberkulózy. Dostupnost antiretrovirální léčby v zemích s nízkými a středními příjmy pomáhá zlepšit celkový zdravotní stav obyvatel.

3.7 Rozvojový cíl tisíciletí č. 8

Posledním uvedeným cílem milénia je rozvíjet celosvětovou spolupráci. Pandemie HIV/AIDS upozornila, více než na kterýkoliv jiný problém, na nespravedlnost a ekonomickou nerovnováhu ve světě a podnítila kroky k mezinárodnímu rozvoji.

4 Vir HIV a onemocnění AIDS

Zkratka HIV pochází z anglického slova *Human Immunodeficiency Virus* neboli virus lidské imunitní nedostatečnosti. HIV je vir, který způsobuje onemocnění AIDS.

První případ HIV/AIDS byl zaznamenán v roce 1981 ve Spojených státech amerických. O rok později zde byla vytvořena definice AIDS v Centru pro kontrolu nemocí a prevenci (CDC). V dalších letech na výzkumu této nemoci pracovaly tři na sobě nezávislé skupiny pod vedením Montagniera, Galla a Levyho a objevily virus lidské imunodeficiency neboli vir HIV.

Původ viru není dosud zcela jasný. Vědci se domnívají, že pochází ze střední Afriky, konkrétně z Kamerunu (viz. obrázek č. 10), kde byl krví přenesen z opic na člověka. Vědci objevili v krvi šimpanzů virus opičí imunodeficiency (Simian Immunodeficiency Virus – SIV), který je geneticky velmi podobný viru HIV. Odhadují, že k přenosu na člověka došlo na počátku 20. století.



Obrázek 10: Původ viru HIV

Zdroj: ČSAP

4.1 Způsoby přenosu viru HIV

Virus HIV se u infikovaného člověka vyskytuje v tělních tekutinách, hlavně v krvi a spermatu. V podprahovém množství je také patrný ve slinách, potu a slzách, těmito tekutinami se však infekce nepřenáší. Podrobnější popis viru HIV, jeho možnostech přenosu a popis průběhu onemocnění AIDS se nachází v příloze.

K přenosu viru HIV dochází:

- Pohlavním stykem
- Krví
- Z infikované matky na dítě

4.2 Typy viru HIV

Existují dva typy viru HIV, a to vir HIV1 a vir HIV2. Ve světě je více rozšířen typ HIV1. Oba dva typy se přenášejí pohlavním stykem, krví nebo z matky na dítě a oba dva typy viru způsobují onemocnění AIDS. Vir HIV2 je však méně přenosný a jeho inkubační doba je delší než u viru prvního typu. Vir HIV2 je geneticky příbuzný s opičím virem SIV.

4.3 Antiretrovirální léčba

Průlom v léčbě AIDS nastal v roce 1996, kdy byla vynalezena antiretrovirální léčba (Antiretroviral Therapy - ART). ART výrazně snížila morbiditu a mortalitu v zemích, kde je k dispozici. Například v New Yorku, kde je největší výskyt HIV/AIDS ve Spojených státech, se od objevení ART míra úmrtnosti na následky AIDS a počet nově infikovaných snížily na polovinu [HIV/AIDS treatment: antiretroviral therapy, 2003]. Podobně je tomu i v ostatních zemích, kde je ART dostupná. ART však neléčí HIV pozitivní, pouze infikovaným lidem prodlužuje a zkvalitňuje život. Tito lidé musí užívat danou kombinaci léků. Musí striktně do-

držovat pravidelné denní dávky a nesmí ani jednou vynechat, jinak by mohli být proti léčbě rezistentní. Odolnost vůči léčbě při vynechání dávky je hlavním problémem v chudých zemích, kde obyvatelé těchto zemí nemají zajištěn stálý přísun léků a dostatek potravy. Zatímco se dostupnost ART i v chudých rozvojových zemích zlepšuje, pomoc infikovaným lidem virem HIV komplikují rostoucí ceny potravin. Mnoho nemocných léky vysazuje, protože nemá co jíst. Prášky na antiretrovirální léčbu jsou velmi silné a vyvolávají nevolnost. HIV pozitivní lidé potřebují o to výživnější a pestrou stravu. Mnoho lidí však trpí chudobou a nemohou si dovolit drahé jídlo. Pacienti proto kvůli nevolnostem vysazují léčbu, což může způsobit rezistenci vůči antiretrovirotikům. Vir HIV u těchto osob zmutuje a po přenesení na další osobu je již odolný vůči ART. Donoři byli kritizováni za to, že k dodávkám léků nepřipojili také potraviny. Robin Jackson, zvláštní nutriční poradce organizace Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), popsal současnou situaci takto: „Dávat lidem léky a nezajistit jim dostatek jídla – to je jako posílat děti do školy bez učebnic.” [Krasney, J., 2008]

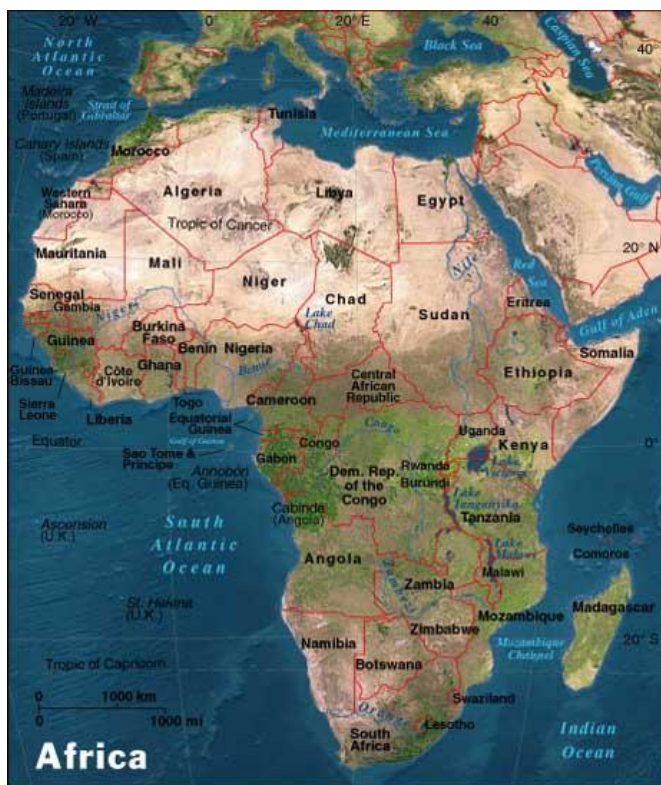
V roce 2002 potřebovalo ART v chudých zemích 5-6 milionů obyvatel infikovaných virem HIV, dostala se však pouze k 300 000. Ve východní Evropě a střední Asii se léčí 7 000 lidí, což představuje 7 % těch, kteří léčbu potřebují. V tabulce č. 2 je zobrazen přístup k ART v jednotlivých regionech v roce 2002.

Tabulka 2: Pokrytí ART v chudých zemích, prosinec 2002

Region	Počet dospělých užívajících ART	Odhadovaný počet osob, které potřebují ART	Přístup k ART (v procentech)
Subsaharská Afrika	50 000	4 100 000	1
Asie	43 000	1 000 000	4
Východní Evropa a střední Asie	7 000	80 000	9
Severní Afrika a Blízký východ	3 000	9 000	29
Latinská Amerika a Karibik	196 000	370 000	53
Celkem	300 000	5 500 000	5

Zdroj: HIV/AIDS treatment: antiretroviral therapy, 2003

5 Subsaharská Afrika



Obrázek 11: Africký kontinent

Zdroj:

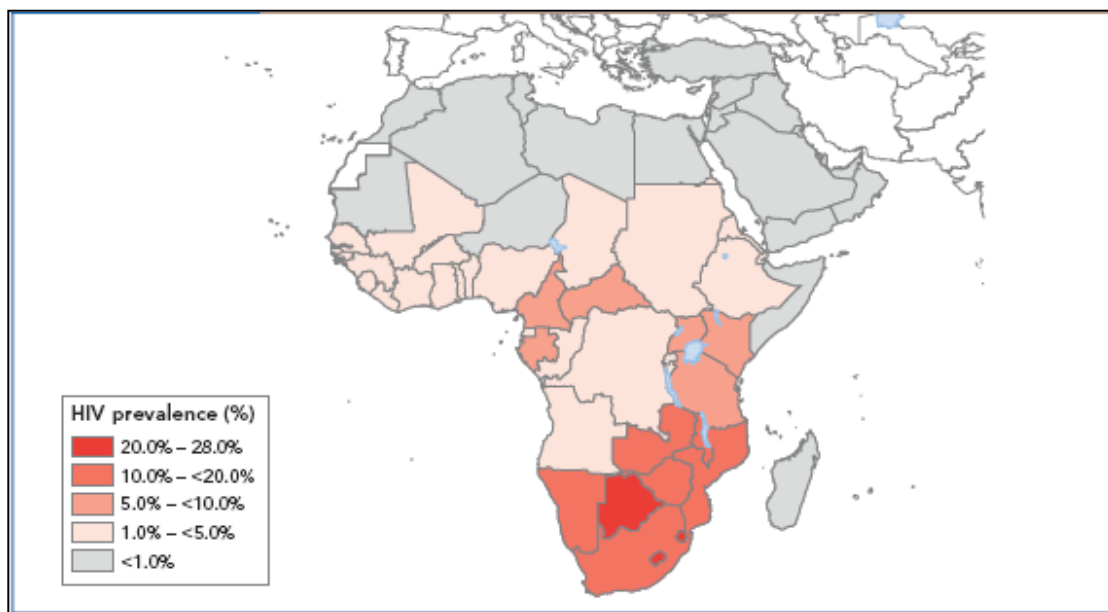
[<http://nd.blog.cz/c/casopiskacatko.blog.cz/obrazky/33944242.jpg>]



Obrázek 12: Subsaharská Afrika

Zdroj: [<http://subsaharska-afrika.navajo.cz/subsaharska-afrika-2.png>]

Subsaharská Afrika se nachází na africkém kontinentu. Někdy je nazývána také Černou Afrikou. Jedná se o území celého kontinentu bez severní Afriky (viz. obrázek č. 11 a 12). Patří sem Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Čad, Džibutsko, Demokratická republika Kongo, Eritrea, Etiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Jihoafrická republika, Kamerun, Kapverdy, Keňa, Komory, Kongo, Lesotho, Libérie, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauricius, Mauritánie, Mosambik, Namibie, Niger, Nigérie, Pobřeží slonoviny, Rovníková Guinea, Rwanda, Senegal, Seychely, Sierra Leone, Somálsko, Středoafrická republika, Súdán, Svatý Tomáš a Princův ostrov, Svazijsko, Tanzanie, Togo, Uganda, Zambie a Zimbabwe [online Politické problémy rozvojových zemí].



Obrázek 13: Rozšíření HIV v Africe mezi obyvateli ve věku 15-49 let, rok 2007

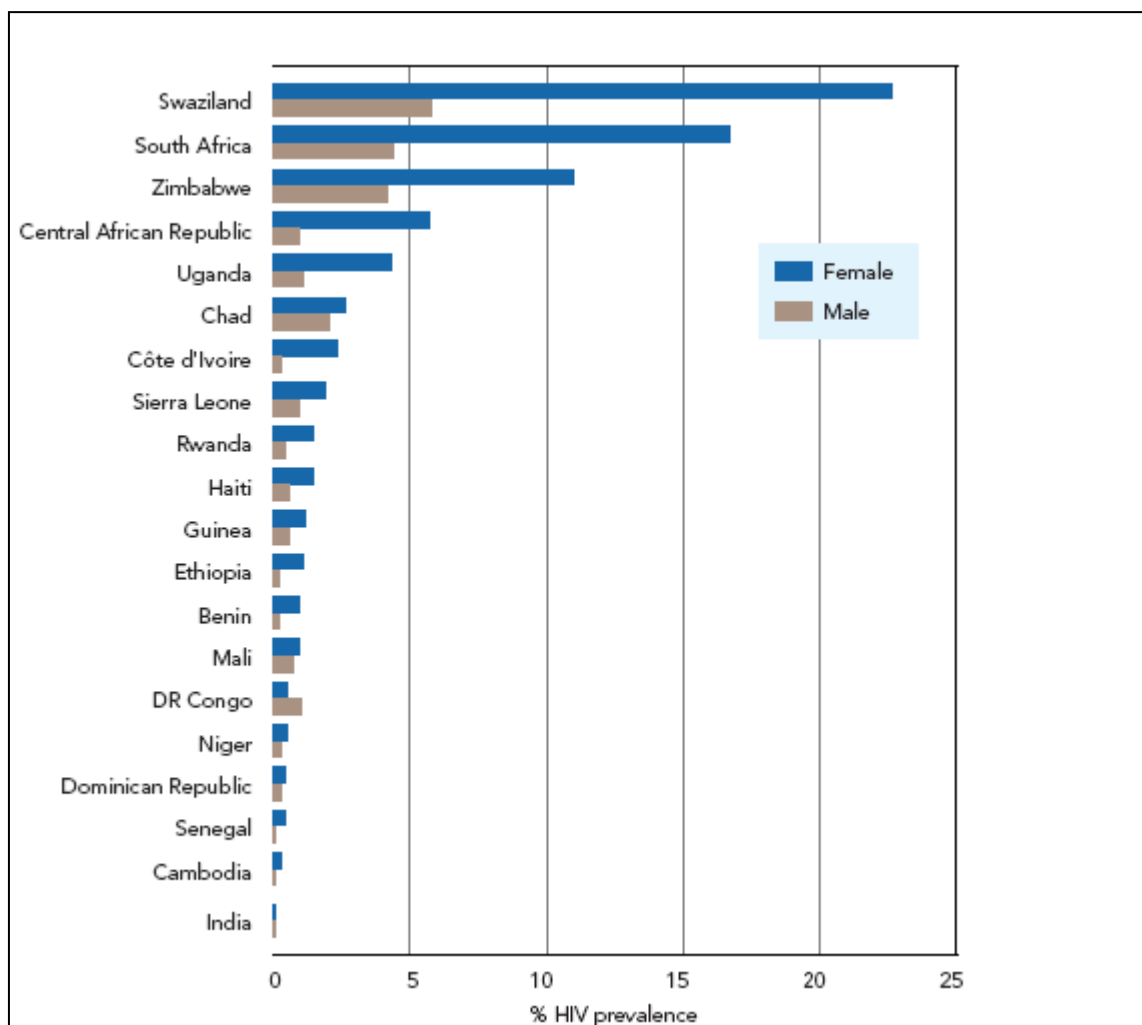
Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008

V zemích subsaharské Afriky dnes žije přes 10 % celosvětové populace a 67 % infikovaných virem HIV. Počet nakažených se pohybuje v rozmezí mezi 20,9 milionů a 24,3 miliony. Nejčastěji se uvádí 22,5 milionů. Více než tři čtvrtiny (76 %) globálního počtu úmrtí na AIDS bylo zaznamenáno v tomto regionu v roce 2007. Odhaduje se, že za rok 2007 bylo nově infikováno 1,7 milionu obyvatel [AIDS Epidemic Update, 2007].

V některých zemích západní a centrální Afriky a na takzvaném Rohu Afriky³ se pandemie HIV/AIDS pohybuje pod úrovní 2 %. V Kamerunu, Středoafričské republice, Gabonu, Malawi, Mosambiku, Ugandě a Tanzanii překročila hranici 5 % a v dalších sedmi zemích – Botswaně, Lesothu, Namibii, Jihoafrické republice, Svazijsku, Zambii a Zimbabwe se dostala až nad hranici 15 % HIV pozitivních obyvatel (viz. obrázek č. 13) [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

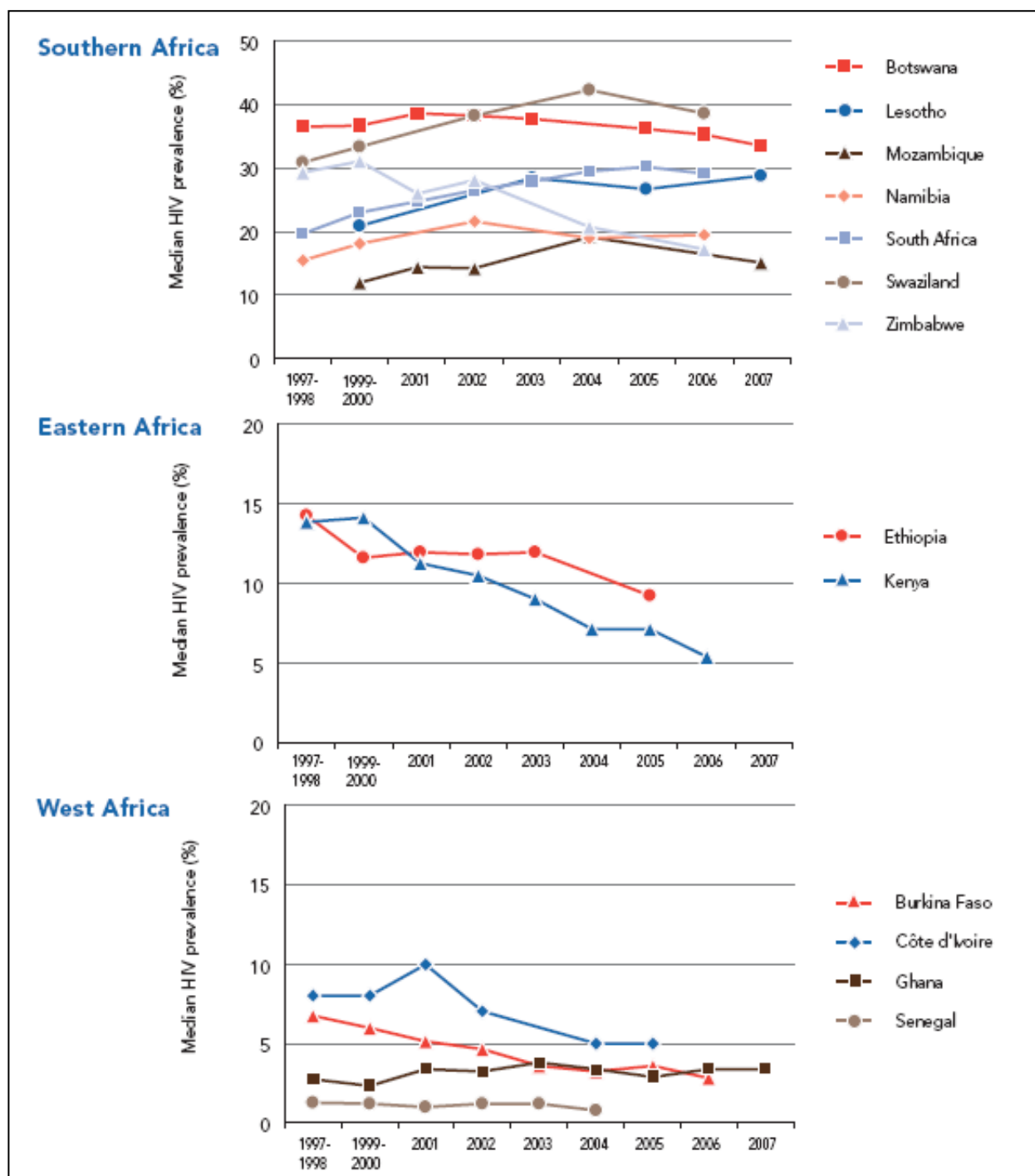
³ Státy ležící na Somálském poloostrově (Etiopie, Somálsko, Džibutsko a Eritrea), viz obrázek č. 8 v příloze

Zdá se, že ve většině afrických zemí se situace stabilizuje, i když v některých oblastech jako je jižní Afrika, na vysoké úrovni prevalence HIV. Počet zemí, kde klesají statistiky infikovaných mezi mladými lidmi (15-25 let), se zvyšuje. Na celém kontinentu jsou nepoměrně více zasaženy ženy, což je jasně vidět na obrázku č. 14. Nejhuře je na tom Svazijsko, kde je počet infikovaných žen trojnásobně větší než počet HIV pozitivních mužů. Druhou nejhuře postiženou zemí je Jihoafrická republika, dále Zimbabwe a na čtvrtém místě Středoafrická republika. Na posledních místech grafu jsou pro srovnání uvedeny také Kambodža a Indie.



Obrázek 14: Prevalence HIV (v %) mezi lidmi ve věku 15-24 let podle pohlaví, v letech 2005-2007

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008



Obrázek 15: Rozšíření HIV v letech 1997-2007 mezi gravidními ženami navštěvujícími prenatální kliniku (v procentech)

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008

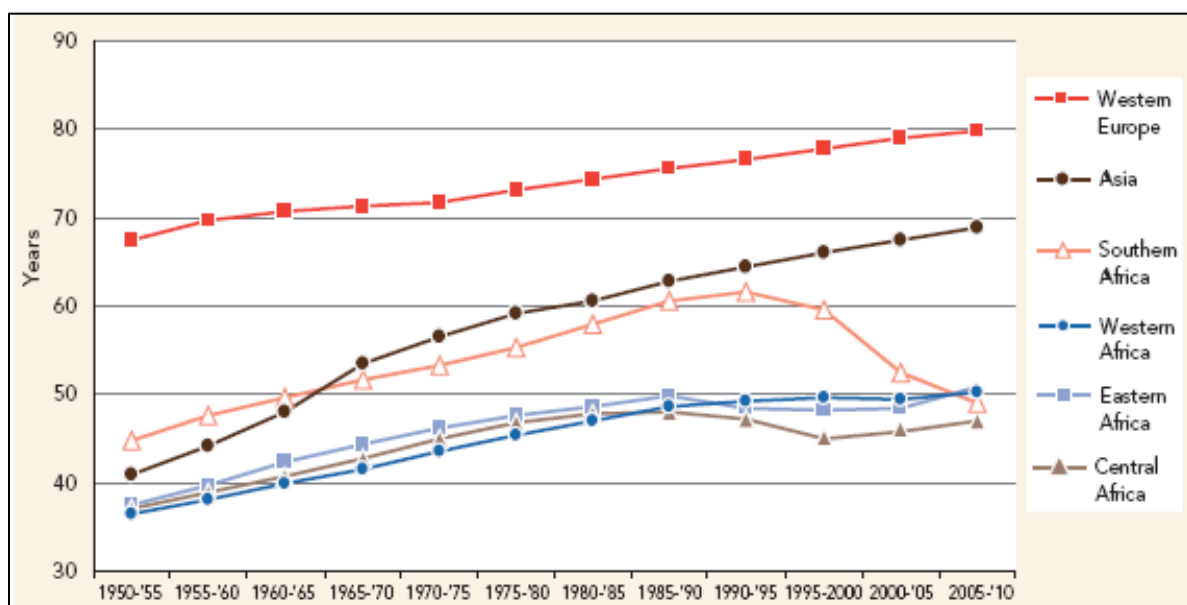
Na dalším grafu (č. 15) je zobrazeno procento HIV pozitivních žen v jednotlivých oblastech subsaharské Afriky. Hodnoty jsou zpracovány podle sesbíraných dat na prenatálních klinikách, kde těhotné ženy testují na přítomnost viru HIV. Nejhorší situace je v jihoafrickém regionu, kde průzkumy odhadují 5,7 milionů HIV pozitivních v roce 2007. V roce 2006 bylo ve Svazijsku zaznamenáno největší rozšíření HIV, které kdy bylo zdokumentováno a které řadí tuto zemi na první místo s největším výskytem pandemie HIV/AIDS na světě [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

Průzkumy však také ukazují, že se situace začíná stabilizovat, i když žádné známky ve změně chování obyvatel, které by zapříčinily pokles, tomu nenasvědčují. Například v Zimbabwe klesl počet infikovaných žen, které navštěvují prenatální kliniku, oproti roku 2002 z 26-ti % na 18 % v roce 2006. Podobně tomu je v Botswaně, kde počet HIV pozitivních žen ve věku 15-19 let klesl z 25-ti % v roce 2001 na 18 % v roce 2006. Tento pokles by mohl znamenat i pokles v počtu nově infikovaných. V Lesothu a části Mosambiku však počet těhotných žen, které jsou HIV pozitivní, stále stoupá. V některých oblastech těchto zemí již pandemie překročila hranici 20-ti % a dál se šíří mezi mladými lidmi ve věku 15-24 let [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

Ve východní Africe je situace mnohem pozitivnější. Pandemie tam dosáhla svého vrcholu a je na ústupu. Například v Ugandě po dramatickém vývoji v 90. letech se míra rozšíření HIV ustálila na 5,4 %. Byly však zpozorovány určité náznaky oživení sexuálně riskantního chování, které by mohly způsobit nový vzestup pandemie. Podle průzkumu, kdy respondenti odpovídali na otázku, zda měli sex s jinou osobou než se svým manželem/manželkou, odpovědělo kladně 16 % žen, což je o 4 % více oproti roku 1995. Počet kladných odpovědí vzrostl i u mužů a to z 29-ti % v roce 1995 na současných 36 % [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

Nejméně postiženou oblastí v subsaharské Africe je západní Afrika, kde je prevalence HIV stabilizována a pandemie je na ústupu. Například v Pobřeží slonoviny počet infikovaných těhotných žen klesl z 10-ti % na 6,9 % v letech 2001-2005. Nejvíce zasaženou zemí v západní Africe je Nigérie, kde se celkový počet HIV pozitivních také stabilizoval na 3,1 % [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

V zemích s velkým rozšířením AIDS velmi dramaticky klesla očekávaná délka života. V jižní Africe klesla na úroveň 50. let 20. století. Lidé se tam dožívají v průměru 50-ti let. V Zimbabwe dokonce doba dožití klesla pod 40 let. Růst délky života se v Africe zastavil v 80. letech, nyní by mohla očekávaná délka života díky snížení prevalence HIV opět začít stoupat. Jak je vidět na grafu č. 16, pandemie v západní Evropě a Asii na délku života nemá vliv a je ve velkém kontrastu ve srovnání se situací v afrických zemích. V Evropě je očekávaná délka života neustále na vzestupu a v průměru se Evropané dožívají 80-ti let, což je dvojnásobná délka života obyvatel Zimbabwe. V Asii se lidé dožívají o deset let méně než v Evropě, přesto jejich délka života stále vzrůstá [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

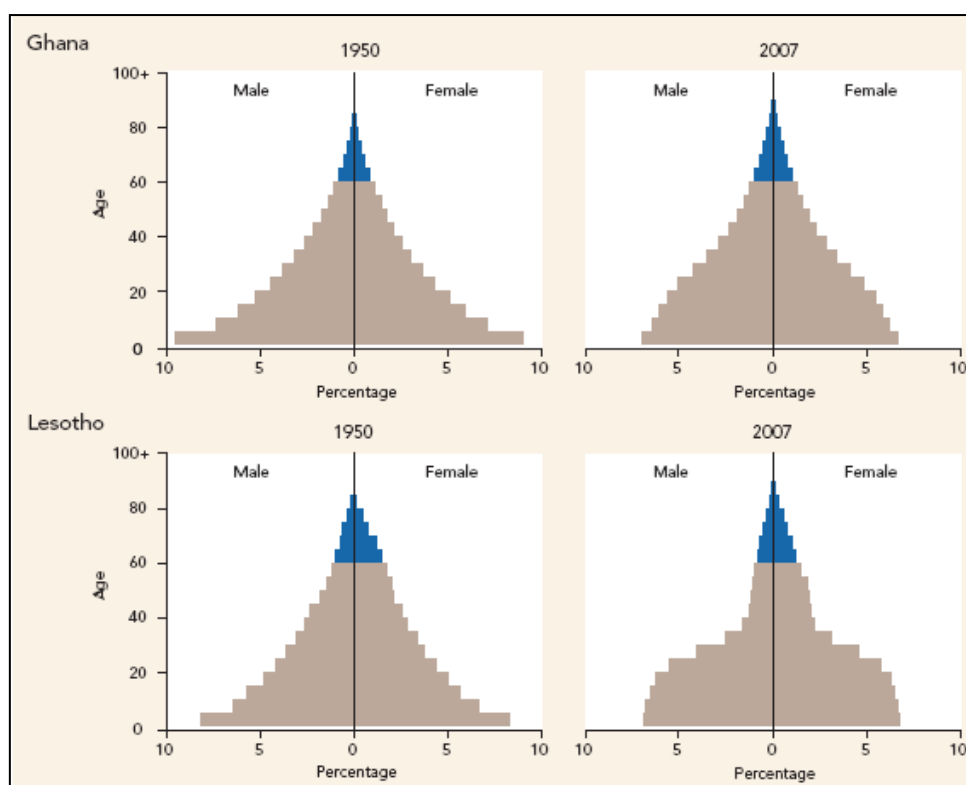


Obrázek 16: Očekávaná délka života podle regionů v letech 1950-1955 až 2005-2010

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008

Pandemie HIV/AIDS také velmi zasáhla do struktury populace. V jižní Africe se během let 1950-2007 struktura obyvatel dramaticky změnila. Může za to kombinace dvou důležitých faktorů: předčasná úmrtí na následky AIDS a snížení plodnosti HIV pozitivních žen. Snížení plodnosti vede následně ke snížení míry růstu populace.

Na dalším grafu (č. 17) je znázorněna změna ve věkovém rozvrstvení obyvatel Ghany a Lesotha ve srovnání v letech 1990 a 2007. V zemích s velkou prevalencí HIV jako je Lesotho, patří mezi nejvíce postižené skupiny obyvatel kojenci a malé děti a dospělí ve věku 30-50 let. Porovnáním věkové pyramidy Lesotha v roce 1990 s rokem 2007 je zřejmé, že se struktura obyvatel značně změnila. Ghana je zasažena pandemií HIV/AIDS mnohem méně, proto její populační pyramida odráží více obvyklou strukturu obyvatel zemí s nízkými příjmy.



Obrázek 17: Změny ve struktuře populace, srovnání Ghany a Lesotha v letech 1950 a 2007

Zdroj: Report on the global AIDS epidemic, 2008

Pandemie měla dále vliv na úmrtnost obyvatel. V letech 1997-2005 vzrostla úmrtnost v jižní Africe o neuvěřitelných 87 %. Úmrtnost mezi ženami ve věku 20-39 let se v tomto období ztrojnásobila a úmrtnost mezi muži ve věku 30-44 let se zdvojnásobila. 44 % těchto úmrtí lze připsat pandemii HIV/AIDS. Tempo růstu populace kleslo oproti letům 2001-2002 z 1,25 % na 0,97 % v letech 2006-2007 [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

Na východě Zimbabwe měla pandemie AIDS dokonce dramatičtější demografické dopady než se na začátku 90. let očekávalo. Díky vlivu infekce HIV na plodnost žen, předčasnou úmrtnost a chování obyvatel se míra růstu populace nachází na úrovni o 8 % nižší, než se předpokládalo. Ve městech, kde je pandemie AIDS nejhorší (v letech 1998-2005 na úrovni 33 %), se snížila očekávaná míra růstu populace z 2,9 % na pouhé 1 %. Na severu Namibie se úmrtnost na následky AIDS v letech 1991-2003 ztrojnásobila [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

AIDS také zapříčinil, že v Malawi, Jižní Africe a Tanzanii vzrostl počet sirotků⁴ z 1,2 milionu v roce 2001 na 2,9 milionů v roce 2007 [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

Jednotlivé státy subsaharské Afriky a jejich prevalence HIV jsou podrobněji popsány v příloze.

5.1 Hlavní způsoby přenosu viru HIV v subsaharské Africe

5.1.1 Pohlavní styk

Hlavním způsobem přenosu viru HIV v subsaharské Africe je heterosexuální pohlavní styk. Lidé jsou často nuceni dojíždět za prací daleko od místa svého bydliště, kde navazují nové sexuální vztahy a šíří vir HIV. Ženy, aby uživily své děti, provozují prostituci nebo jsou v takové životní situaci a sociálním postavení, kdy nemohou odmítnout pohlavní styk natož trvat na nějaké ochraně. Spousta lidí dosud není dostatečně informována o přenosu viru a o

⁴ Děti do 15-ti let, které ztratily alespoň jednoho rodiče.

způsobech prevence. Mezinárodní organizace se proto snaží obyvatelstvo informovat a naučit je bezrizikovému sexuálnímu chování. Díky šíření viru HIV pohlavním stykem také roste počet infikovaných dětí.

5.1.2 Heterosexuální přenos související se serodiskordantními páry

Během demografického a lékařského průzkumu v pěti afrických zemích – v Burkině Faso, Kamerunu, Ghaně, Keni a Tanzanii, se ukázalo, že dvě třetiny infikovaných párů byly serodiskordantní, tedy že pouze jeden partner byl HIV pozitivní. Používání kondomů bylo výjimečné. Například v Burkině Faso 90 % párů odpovědělo, že při posledním pohlavním styku ochranu nepoužilo. Ve 30-40 % zkoumaných párech s jedním HIV pozitivním jedincem byla infikovaná žena. Polovina infikovaných žen také odpověděla, že se nakazila pohlavním stykem s jiným než současným partnerem [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

5.1.3 Prostituce

Prostituce patří mezi hlavní faktory šíření viru HIV v mnoha zemích západní Afriky. V roce 2006 byla více než třetina (35 %) prodejných dívek v Mali nakažena virem HIV. V Burkině Faso a Senegalu přesáhla míra pandemie mezi prostitutkami 20 %. Prostituce se řadí k častým způsobům přenosu infekce také v jižní Africe, není však v tomto regionu faktorem nejzákladnějším [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

5.1.4 Intravenózní užívání drog

V několika zemích jižní Afriky je rozšířeno nitrožilní užívání drog. Například na Mauriciu patří mezi hlavního činitele šíření HIV kontaminované injekční pomůcky. Podle různých studií byla přibližně polovina narkomanů v keňských městech Mombassa a Nairobi HIV pozitivních.

5.1.5 Sex mezi muži

Podle současných studií v subsaharské Africe není nechráněný homosexuální sex tak zanedbatelným faktorem šíření HIV, jak se dříve předpokládalo. V Zambii je jeden ze tří testovaných mužů, kteří měli homosexuální pohlavní styk, HIV pozitivním. V Mombasse v Keni je infikováno 43 % homosexuálních mužů. V hlavním městě Senegalu v Dakaru bylo ze 463 testovaných mužů 22 % HIV pozitivních [Report on the global AIDS epidemic, 2008].

5.1.6 Polykoitie

Problematika promiskuity získává stále více pozornosti jak ve vědecké literatuře, tak v médiích. V jižní Africe vede mnohopartnerství k nekontrolovatelnému šíření HIV. Tento problém často souvisí s nutností dojíždět za prací. Lidé mají sexuální partnery jak v místě svého bydliště, tak v místě svého pracoviště. Porozumět tomuto sexuálnímu propojení je důležité při snaze porozumět pandemii HIV/AIDS. Je nutné pochopit chování v různých kulturách, vztahy a sociální síť v dané oblasti. Preventivní programy by se měly zaměřit na prosazení monogamie a sexuální zdrženlivosti.

6 Dopady HIV/AIDS

Pandemie HIV/AIDS má vliv na společnost i na ekonomiku zasažených zemí. V následující kapitole jsou popsány jednotlivé dopady této choroby, které se dělí na:

- **Demografické dopady**
- **Dopad na domácnosti**
- **Dopad na firmy**
- **Dopad na zemědělství**
- **Dopad na vzdělání**
- **Dopad na zdravotnický sektor**
- **Dopad na ekonomický růst**

Demografické dopady jako jsou například úmrtnost na následky AIDS, pokles míry růstu populace nebo zkrácení očekávané délky života, byly již částečně popsány v předchozích kapitolách. Nyní budou jednotlivé dopady rozebrány především jako následky v budoucích letech. Uvedená data ekonomických dopadů HIV/AIDS pocházejí ze zdroje The Impact of AIDS, 2004, při použití odlišného zdroje bude vyznačeno jinak.

6.1 Demografické dopady HIV/AIDS

Tabulka 3: Státy, na které má AIDS největší demografický dopad

<i>Country</i>	<i>Prevalence in 2001 (adults 15-49)</i>
Africa	
1 Angola	5.5
2 Benin	3.6
3 Botswana	36.5
4 Burkina Faso	6.4
5 Burundi	8.3
6 Cameroon	11.8
7 Central African Republic	12.9
8 Chad	3.6
9 Congo	7.1
10 Côte d'Ivoire	9.6
11 Democratic Republic of the Congo	4.9
12 Djibouti	7.1
13 Equatorial Guinea	3.4
14 Eritrea	2.8
15 Ethiopia	6.5
16 Gabon	3.6
17 Gambia	1.6
18 Ghana	2.8
19 Guinea	1.8
20 Guinea-Bissau	2.8
21 Kenya	15.0
22 Lesotho	30.1
23 Liberia	6.5
24 Malawi	16.1
25 Mali	1.6
26 Mozambique	12.8
27 Namibia	22.2
28 Nigeria	5.8
29 Rwanda	9.1
30 Sierra Leone	6.7
31 South Africa	21.3
32 Sudan	2.6
33 Swaziland	33.7
34 Togo	6.0
35 Uganda	4.4
36 United Republic of Tanzania	7.8
37 Zambia	21.6
38 Zimbabwe	33.9

TABLE 1 (continued)	
Country	Prevalence in 2001 (adults 15-49)
Asia	
1 Cambodia.....	2.7
2 China	0.1
3 India.....	0.8
4 Myanmar	2.0
5 Thailand.....	1.8
Latin America and the Caribbean	
1 Bahamas	3.5
2 Belize.....	2.1
3 Brazil.....	0.6
4 Dominican Republic.....	2.5
5 Guyana	2.7
6 Haiti.....	6.1
7 Honduras	1.6
8 Trinidad and Tobago	2.5
More developed regions	
1 Russian Federation	0.9
2 United States of America.....	0.8

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Demografické dopady byly stanoveny ve všech 53 státech uvedených v tabulce č. 3, ve kterých má AIDS největší následky. Jako proměnné byly použity celková velikost populace, úmrtí způsobená na následky AIDS, celková úmrtnost, očekávaná délka života při narození a dětská úmrtnost. Z 53 zkoumaných států se 38 nachází v Africe (Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Demokratická republika Kongo, Kamerun, Středoafriická republika, Čad, Kongo, Pobřeží slonoviny, Džibutsko, Rovnicková Guinea, Eritrea, Etiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Keňa, Lesotho, Libérie, Malawi, Mali, Mosambik, Namibie, Nigérie, Rwanda, Sierra Leone, Jihoafrická republika, Súdán, Svazijsko, Togo, Uganda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe). Největší pozornost je věnována sedmi zemím, ve kterých prevalence HIV překročila 20 % (v roce 2001). Patří mezi ně Botswana, Lesotho, Namibie, Jihoafrická republika, Svazijsko, Zambie a Zimbabwe. Tabulka č. 3 znázorňuje rozšíření viru HIV zvláště v každém regionu a to v 38 zemích v Africe, v 5-ti zemích v Asii (Kambodža, Čína,

Indie, Myanmar, Thajsko) a v 8 zemích v Latinské Americe (Bahamy, Belize, Brazílie, Dominikánská republika, Guyana, Haiti, Honduras, Trinidad a Tobago).

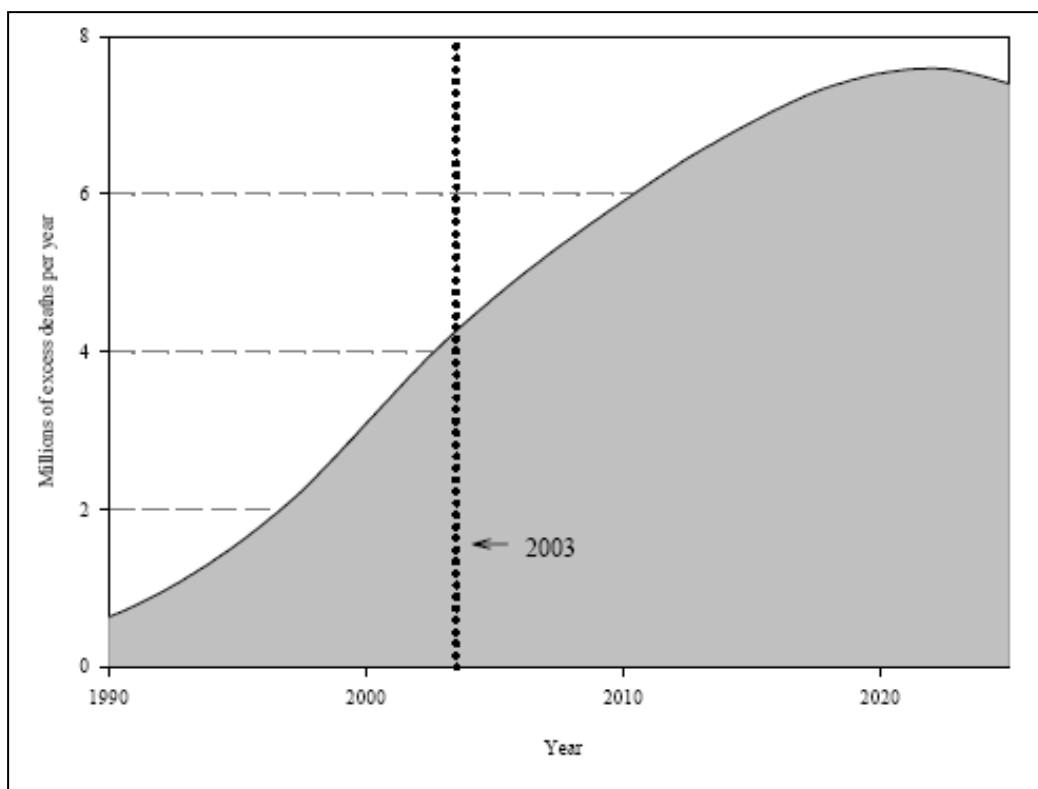
Tabulka 4: Demografické dopady HIV/AIDS

Indicator	All 53 countries			38 African countries			7 countries with prevalence of 20 per cent or more		
	1995-2000	2010-2015	2020-2025	1995-2000	2010-2015	2020-2025	1995-2000	2010-2015	2020-2025
Number of deaths (millions)									
Without AIDS	159	174	193	39	44	46	3	3	4
With AIDS	170	207	231	48	63	64	5	10	9
Absolute difference	11	32	38	8	19	19	2	6	5
Percentage difference	7	19	20	21	43	41	71	193	142
Life expectancy at birth (years)									
Without AIDS	63.9	68.4	70.8	52.7	58.3	62.1	62.3	67.0	69.6
With AIDS	62.4	64.2	65.9	47.0	47.1	51.3	50.2	37.6	41.0
Absolute difference	1.5	4.1	4.9	5.7	11.3	10.8	12.0	29.4	28.6
Percentage difference	2.4	6.1	6.9	10.9	19.3	17.4	19.3	43.9	41.1
Crude death rate (per 1,000)									
Without AIDS	9.0	8.1	8.0	13.6	10.2	8.5	8.0	6.7	6.5
With AIDS	9.6	9.8	10.1	16.8	16.0	13.6	14.1	24.9	23.3
Absolute difference	0.7	1.7	2.0	3.1	5.8	5.2	6.1	18.2	16.8
Percentage difference	7.5	21.5	25.0	22.9	57.1	61.4	75.6	273.6	259.6
Infant mortality rate (per 1,000)									
Without AIDS	66.4	49.8	40.9	98.5	75.2	60.9	55.4	40.7	32.9
With AIDS	67.5	51.3	42.1	102.6	79.9	65.1	66.1	54.6	45.4
Absolute difference	1.1	1.4	1.3	4.1	4.7	4.2	10.7	13.9	12.5
Percentage difference	1.7	2.9	3.2	4.2	6.3	6.9	19.2	34.2	37.9
Child mortality rate (per 1,000)									
Without AIDS	93.9	68.9	56.1	157.6	116.6	91.7	80.2	56.9	44.8
With AIDS	98.8	75.8	62.3	172.4	134.5	107.5	108.8	100.2	84.3
Absolute difference	5.0	6.9	6.2	14.9	17.8	15.8	28.7	43.3	39.6
Percentage difference	5.3	10.0	11.1	9.4	15.3	17.3	35.7	76.2	88.4

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Tabulka č. 4 zobrazuje jednotlivé ukazatele demografických dopadů AIDS v jednotlivých zemích v letech 1995-2000, 2010-2015 a 2020-2025, v prvním sloupci ve všech 53 zkoumaných státech s největším vlivem pandemie HIV/AIDS, ve druhém sloupci ve 38 afrických státech a ve třetím sloupci v sedmi zemích s prevalencí HIV vyšší než 20 % (viz. výše). Tabulka znázorňuje ke každému demografickému ukazateli (počet úmrtí, očekávaná délka života při narození, celková úmrtnost na 1000 obyvatel, kojenecká úmrtnost a dětská úmrtnost) data s výskytem a bez existence HIV/AIDS v daném regionu. Rozdíl mezi údaji představuje následek pandemie AIDS.

6.1.1 Dopad HIV/AIDS na úmrtnost



Obrázek 18: Odhadovaný počet úmrtí způsobených AIDS v 53 zemích v letech 1990-2025

Zdroj: *The Impact of AIDS, 2004*

Počet úmrtí na následky AIDS v 53 uvedených zemích na počátku 90. let 20. století dosáhl jednoho milionu, za rok 2000 již 3 milionů a v roce 2003 přes 4 miliony (jak je vidět na obrázku č. 18). Předpokládá se, že počet úmrtí bude v následujících letech stále stoupat. Zda jsou odhady do budoucna pesimistické nebo optimistické, bude záležet na preventivních opatřeních, boji proti AIDS a dostupnosti léčby. V letech 2020-2025 by počet úmrtí mohl dosáhnout svého vrcholu a začít klesat. Bez výskytu AIDS v 38 zmíněných afrických zemích by úmrtnost obyvatel vzrostla z 39 milionů na 46 milionů v letech 1995-2000 až 2020-2025, jak je zřejmé v následující tabulce č. 5. S výskytem pandemie AIDS však počet úmrtí za stejné období vzroste ze 48 milionů na 64 milionů. Pandemie AIDS tedy v období 2020-2025 zapříčiní 19 milionů úmrtí „navíc“, což představuje 41 %. Během let 1995-2025 zemře v 38 afrických státech přibližně 355 milionů lidí, tedy o 98 milionů více, než by zemřelo bez výskytu HIV/AIDS v daných zemích, jak ukazuje tabulka č. 5. Největší následky pandemie jsou odha-

dovány v Jihoafrické republice, kde díky AIDS zemře 15,9 milionu obyvatel, dále v Nigerii, kde způsobí 14,1 milionu úmrtí, potom v Keňi (8,9 milionu) a v Etiopii (8,1 milionu).

V sedmi zemích s prevalencí HIV nad 20 % (Botswana, Lesotho, Namibie, Jihoafrická republika, Svazijsko, Zambie a Zimbabwe) počet úmrtí na následky AIDS vzroste ze 71 % v letech 1995-2000 na 142 % v letech 2020-2025, jak je zřejmé v tabulce č. 4. Mezi lety 1995 až 2025 zemře pouze v těchto sedmi zemích 30 milionů obyvatel na následky AIDS.

V dalších zemích světa je odhadovaný počet úmrtí na následky AIDS za stejné období (v letech 1995 až 2025) 31 milionů v Indii a 18 milionů v Číně.

Tabulka 5: Počet úmrtí bez a s výskytem AIDS (rozděleno podle zemí), v letech 1995-2025 (v milionech)

<i>Country grouping</i>	<i>1995-2000</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2005-2010</i>	<i>2010-2015</i>	<i>2015-2020</i>	<i>2020-2025</i>	<i>1995-2025</i>
All 53 countries							
Without AIDS.....	159	162	168	174	183	193	1 039
With AIDS.....	170	182	194	207	220	231	1 203
Absolute difference	11	20	27	32	37	38	164
Percentage difference	7	12	16	19	20	20	16
38 African countries							
Without AIDS.....	39	41	43	44	45	46	258
With AIDS.....	48	56	61	63	64	64	355
Absolute difference	8	15	18	19	19	19	98
Percentage difference	21	36	43	43	42	41	38
5 Asian countries							
Without AIDS.....	91	93	95	100	107	115	602
With AIDS.....	93	96	102	111	122	132	656
Absolute difference	2	3	6	11	15	17	55
Percentage difference	2	4	7	11	14	15	9
8 Latin American and Caribbean countries							
Without AIDS.....	6	7	7	8	8	9	46
With AIDS.....	7	8	8	8	9	10	50
Absolute difference	0	1	1	1	1	1	4
Percentage difference	7	10	10	10	9	8	9
2 developed countries							
Without AIDS.....	22	22	22	22	23	24	134
With AIDS.....	22	23	23	24	25	25	142
Absolute difference	1	1	1	2	2	2	8
Percentage difference	2	4	6	8	7	7	6

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

6.1.2 Dopad HIV/AIDS na očekávanou délku života při narození a míru úmrtnosti

Tabulka 6: Očekávaná délka života při narození bez a s výskytem AIDS v letech 1995-2025 (rozděleno podle zemí)

<i>Country grouping</i>	<i>1995-2000</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2005-2010</i>	<i>2010-2015</i>	<i>2015-2020</i>	<i>2020-2025</i>
All 53 countries						
Without AIDS	63.9	65.5	67.0	68.4	69.6	70.8
With AIDS	62.4	62.9	63.5	64.2	65.0	65.9
Absolute difference	1.5	2.6	3.5	4.1	4.6	4.9
Percentage difference	2.4	4.0	5.2	6.1	6.7	6.9
38 African countries						
Without AIDS	52.7	54.8	56.4	58.3	60.2	62.1
With AIDS	47.0	45.3	45.3	47.1	49.1	51.3
Absolute difference	5.7	9.5	11.1	11.3	11.1	10.8
Percentage difference	10.9	17.3	19.7	19.3	18.4	17.4
5 Asian countries						
Without AIDS	66.1	67.9	69.6	71.0	72.2	73.4
With AIDS	65.7	67.2	68.3	68.9	69.4	70.2
Absolute difference	0.4	0.7	1.3	2.1	2.8	3.2
Percentage difference	0.7	1.1	1.8	2.9	3.9	4.4
8 Latin American and Caribbean countries						
Without AIDS	67.4	68.9	70.3	71.6	72.8	73.9
With AIDS	66.2	67.1	68.4	69.7	70.8	72.0
Absolute difference	1.3	1.7	1.9	1.9	1.9	1.9
Percentage difference	1.9	2.5	2.7	2.6	2.6	2.6
2 developed countries						
Without AIDS	72.8	74.1	75.4	76.6	77.6	78.4
With AIDS	72.2	73.2	73.8	74.4	75.3	76.1
Absolute difference	0.6	1.0	1.6	2.2	2.3	2.2
Percentage difference	0.8	1.3	2.1	2.9	3.0	2.9

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

V 38 afrických zemích byla díky AIDS očekávaná délka života při narození 47 let v období 1995-2000, což je o 5,7 let nižší, než kdyby se v těchto zemích pandemie HIV/AIDS nevy-
skytovala, jak ukazuje tabulka č. 6. Do roku 2025 by očekávaná délka života mohla vzrůst,
avšak na pouhých 51,3 let. Bez pandemie AIDS by v období 2020-2025 dosahovala o 10,8 let
více. Dopad HIV/AIDS je více zřejmý v sedmi afrických zemích s prevalencí HIV nad 20 %,
kde očekávaná délka života při narození byla v letech 1995-2000 50,2 let, což je o 12 let méně-

ně, než kdyby dané země nebyly postiženy touto infekcí. V období 2020-2025 je již rozdíl v očekávané délce života s onemocněním AIDS a bez výskytu nemoci 28,6 let. Nejvíce jsou z těchto zemí zasaženy Botswana, Namibie, Svazijsko a Zimbabwe. V Botswaně klesla očekávaná délka života z 65-ti let v období 1990-1995 na 39,7 let v období 2000-2005. Nejnižší délka dožití se očekává v letech 2010-2015 a to pouhých 31,6 let. V Jihoafrické republice propukla pandemie AIDS o něco později, odhaduje se však, že očekávaná délka života v zemi bude také dramaticky klesat. V období 1990-1995 nebyla průměrná délka dožití ještě ovlivněna pandemií AIDS a dosahovala 61,8 let. Během let 2005-2010 klesne na 41,5 let, což je o 27 let méně, než kdyby v zemi neexistoval virus HIV. V ostatních částech světa má AIDS také vliv na očekávanou délku života při narození. Například na Bahamách byla v období 1995-2000 očekávaná délka života 67,3 let, v letech 2020-2025 se odhaduje 70,4 let, což je o 8 let méně, než kdyby se tam AIDS nevyskytoval.

HIV/AIDS má vliv i na takzvanou hrubou míru úmrtnosti, čili počet zemřelých na 1000 osob za kalendářní rok (viz. tabulka č. 7). Například v 38 afrických zemích by poklesla hrubá míra úmrtnosti bez výskytu AIDS z 13,6 zemřelých na 1000 osob v letech 1995-2000 na 8,5 v letech 2020-2025. AIDS však způsobil nárůst hrubé míry úmrtnosti z 16,8 zemřelých na 1000 osob v letech 1995-2000 na 17,5 v letech 2000-2005, do roku 2025 by ale měla opět klesnout na 13,6 zemřelých na 1000 osob. V letech 2020-2025 bude AIDS zodpovědný za 61,4% nárůst v hrubé míře úmrtnosti.

Tabulka 7: Hrubá míra úmrtí, rozděleno podle zemí, v letech 1995-2025 (na 1000 osob)

Country grouping	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
All 53 countries						
Without AIDS	9.0	8.5	8.3	8.1	8.0	8.0
With AIDS	9.6	9.7	9.7	9.8	10.0	10.1
Absolute difference	0.7	1.1	1.5	1.7	1.9	2.0
Percentage difference	7.5	13.2	17.8	21.5	24.1	25.0
38 African countries						
Without AIDS	13.6	12.3	11.3	10.2	9.2	8.5
With AIDS	16.8	17.5	17.2	16.0	14.8	13.6
Absolute difference	3.1	5.1	5.9	5.8	5.5	5.2
Percentage difference	22.9	41.8	52.6	57.1	60.0	61.4
5 Asian countries						
Without AIDS	7.8	7.4	7.3	7.3	7.4	7.7
With AIDS	8.0	7.7	7.8	8.1	8.6	9.0
Absolute difference	0.2	0.3	0.5	0.9	1.2	1.3
Percentage difference	2.4	4.0	7.2	11.7	15.5	17.0
Without AIDS	6.8	6.7	6.6	6.7	6.9	7.1
With AIDS	7.3	7.4	7.4	7.5	7.6	7.9
Absolute difference	0.5	0.7	0.8	0.8	0.8	0.7
Percentage difference	7.8	10.9	11.6	11.5	11.3	10.4
2 developed countries						
Without AIDS	10.2	10.0	9.8	9.6	9.6	9.8
With AIDS	10.4	10.4	10.4	10.5	10.5	10.6
Absolute difference	0.3	0.4	0.6	0.8	0.9	0.8
Percentage difference	2.6	4.0	6.3	8.6	8.9	8.3

Zdroj: *The Impact of AIDS, 2004*

6.1.3 Dopad HIV/AIDS na velikost populace a míru růstu populace

Jak je vidět v tabulce č. 8, v roce 1995 by v 53 nejvíce zasažených zemích bez pandemie HIV/AIDS žilo odhadem 3,408 miliardy obyvatel, o 9 milionů více než tomu tak bylo s výskytem infekce. Vliv AIDS na velikost populace je více zřejmý v Africe. V 38 uvedených afrických zemích byl odhadovaný počet obyvatel 533 milionů v roce 1995, což je o 6 milionů méně, než by bylo bez pandemie AIDS (viz graf č. 19). V roce 2025 by velikost tamní populace podle odhadů měla dosáhnout 983 milionů, o 156 milionů méně než bez viru HIV. Největší dopady AIDS lze pozorovat v sedmi již zmíněných afrických zemích s prevalencí HIV

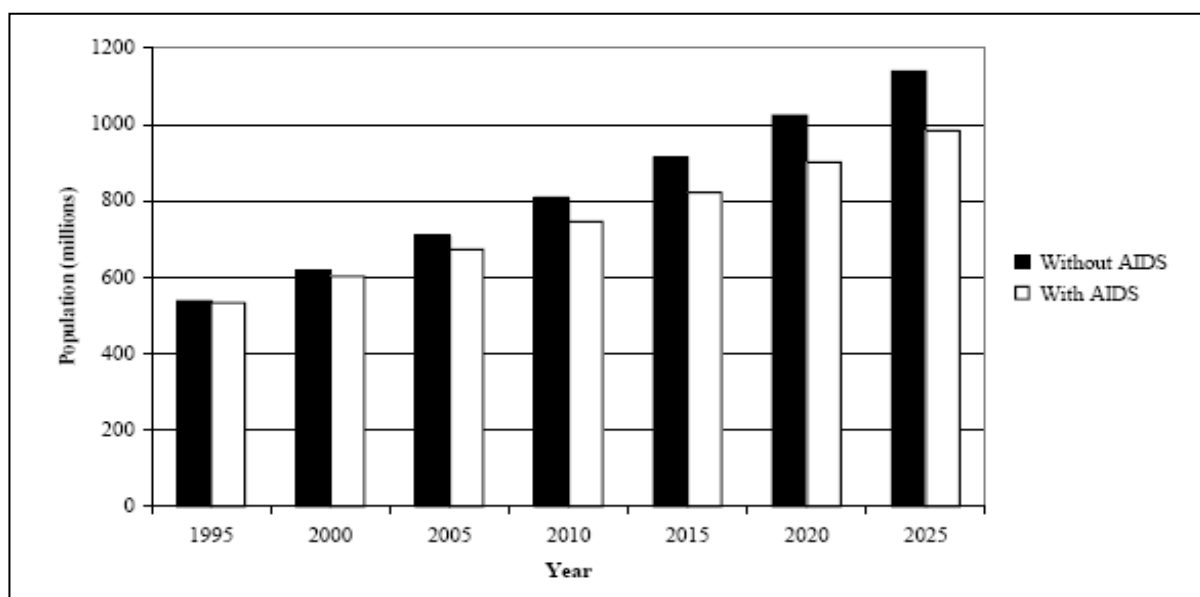
nad 20 % (viz. graf č. 20). V roce 1995 AIDS snížil populaci v těchto zemích pouze o 1 % a to na 68 milionů obyvatel. Rozdíl mezi počtem obyvatel bez výskytu a s výskytem AIDS v zemích se během let prohluboval, v roce 2005 vzrostl na 10 % a v roce 2025 je odhadovaný nárůst až na 35 %. Odhaduje se, že populace v Botswaně, Lesothu a Zimbabwe bude v roce 2025 o 40 % nižší, než kdyby tyto země nebyly postiženy pandemií AIDS.

V ostatních zemích mimo africký kontinent jsou dopady AIDS mírnější. Například v Thajsku bude odhadovaná velikost populace v roce 2025 o 3 % menší než by byla bez pandemie AIDS. V Indii bude v tomtéž roce taktéž o 3 % populace menší, v celkovém počtu to však činí úbytek 27 milionů obyvatel. Největší procentní pokles se očekává na Haiti, kde dosáhne v roce 2025 14 %.

Tabulka 8: Dopad HIV/AIDS na velikost a míru růstu populace v letech 1995-2025

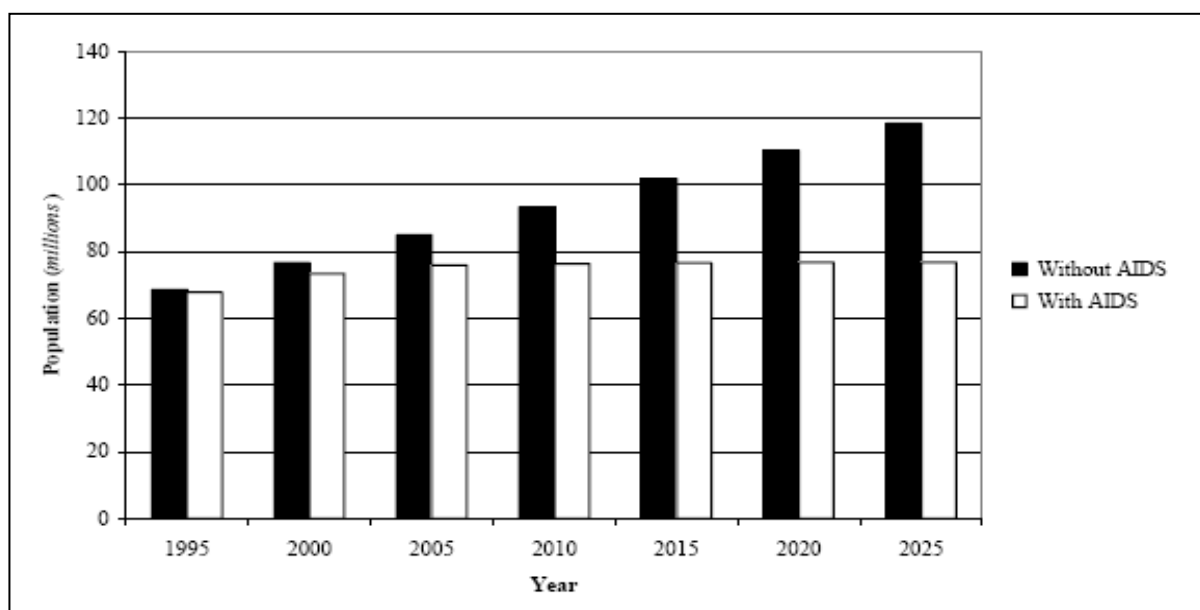
<i>Country grouping</i>	<i>Population size (millions)</i>			<i>Annual population growth (percentage)</i>	
	<i>1995</i>	<i>2015</i>	<i>2025</i>	<i>1995-2015</i>	<i>2015-2025</i>
All 53 countries					
Without AIDS	3 408	4 440	4 921	1.3	1.0
With AIDS	3 399	4 312	4 687	1.2	0.8
Absolute difference	9	129	235	0.1	0.2
Percentage difference	0	3	5		
38 African countries					
Without AIDS	539	914	1 139	2.6	2.2
With AIDS	533	823	983	2.2	1.8
Absolute difference	6	91	156	0.5	0.4
Percentage difference	1	10	14		
7 countries with prevalence of 20 per cent or more					
Without AIDS	69	102	118	2.0	1.5
With AIDS	68	77	77	0.6	0.0
Absolute difference	1	25	42	1.4	1.5
Percentage difference	1	25	35		

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004



Obrázek 19: Dopad HIV/AIDS na velikost populace v 38 afrických zemích v letech 1995-2000 a 2020-2025

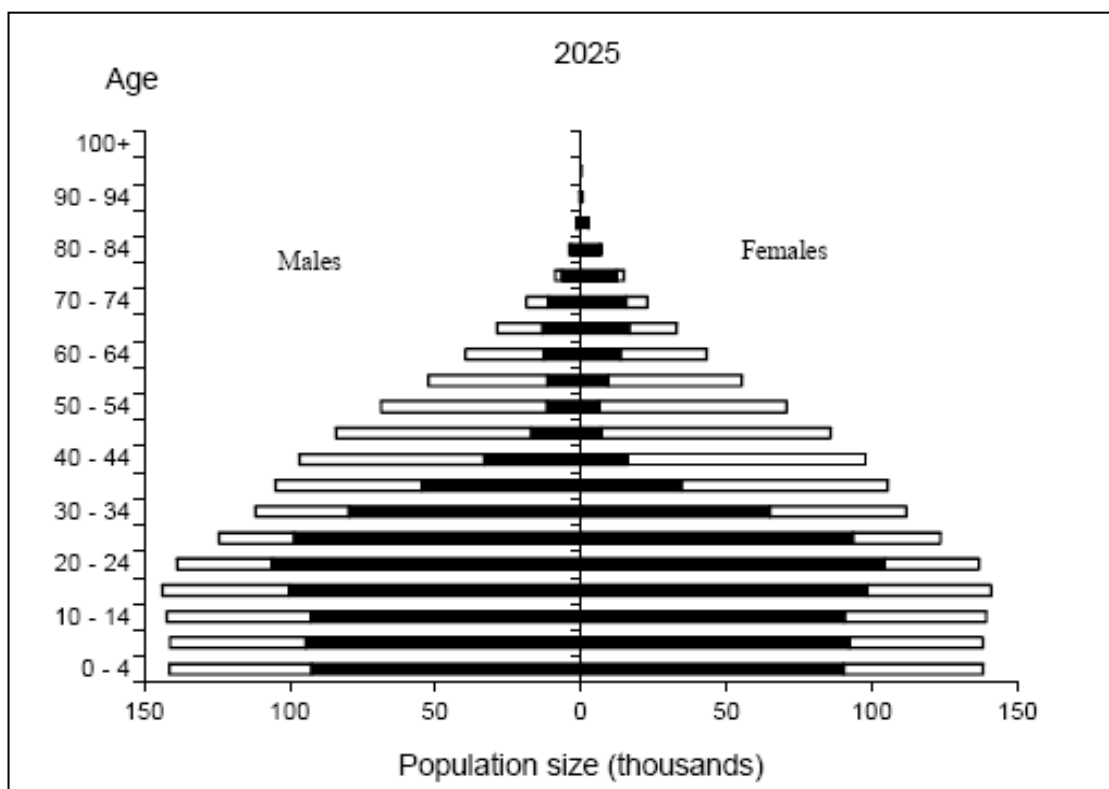
Zdroj: The Impact of AIDS, 2004



Obrázek 20: Dopad HIV/AIDS na velikost populace v 7 afrických zemích s prevalencí HIV nad 20 % v letech 1995-2000 a 2020-2025

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Největší dopad pandemie HIV/AIDS postihuje mladou generaci v produktivním věku. Což je zřejmé na dalším obrázku (č. 21), který představuje populační pyramidu v Botswaně sestavenou pro rok 2025 s následky a bez následků infekce.

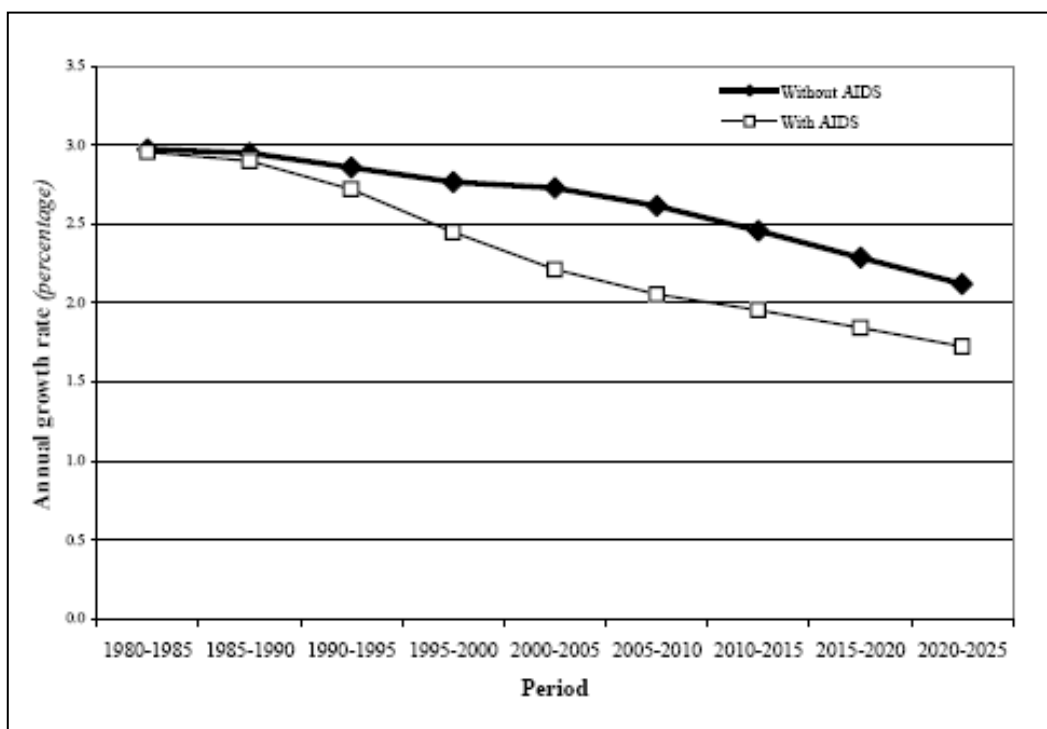


Obrázek 21: Populační pyramida Botswany v roce 2025

Zdroj: *The Impact of AIDS, 2004*

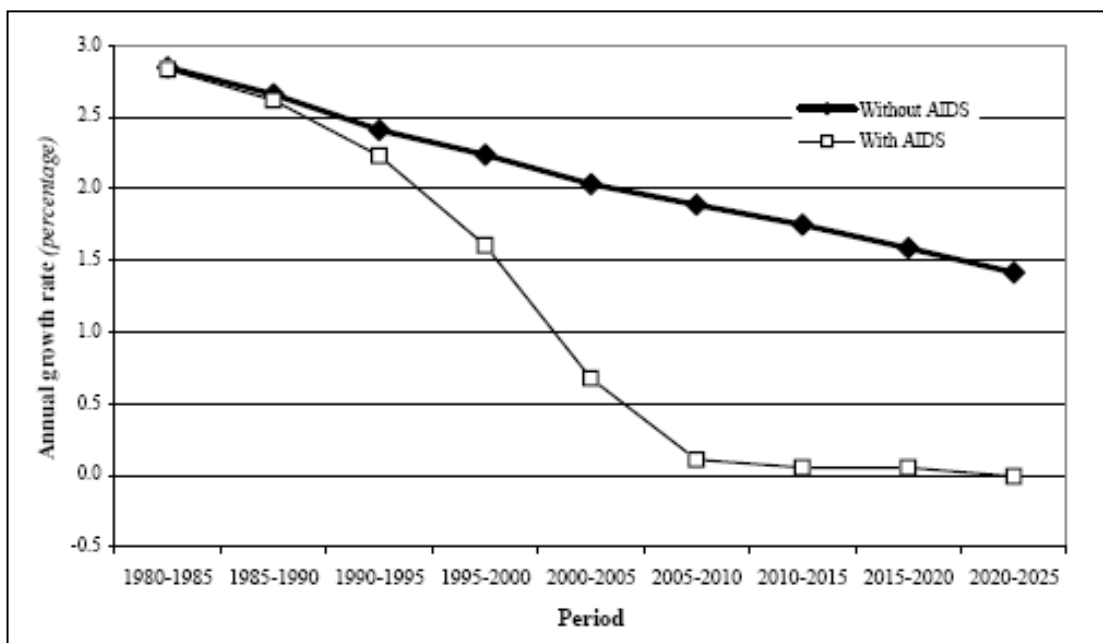
V roce 2025 poklesne následkem pandemie AIDS počet obyvatel ve věku 35-39 let v Botswaně více jak na polovinu a počet mladých do 15-ti let klesne o jednu třetinu. Přestože Botswana je jednou z nejúspěšnějších ekonomik na africkém kontinentu, která zdárně bojuje proti této chorobě.

Zvýšená úmrtnost obyvatel na následky AIDS způsobí také pokles růstu populace. Jak ukazuje graf č. 22, v 38 afrických zemích značně klesne míra růstu populace. V sedmi nejvíce postižených afrických zemích je pokles v růstu populace ještě závažnější (viz. graf č. 23). V roce 2015 se v Botswaně, Lesothu, Jihoafrické republice, Svazijsku a Zimbabwe očekává záporná míra růstu obyvatel. V Botswaně poklesne míra růstu z 3,3 % v letech 1980-1985 na -0,6 % v letech 2010-2025. Kdyby nebyla Botswana postižena virem HIV, roční nárůst obyvatel by v letech 2020-2025 činil 1,5 %.



Obrázek 22: Roční míra růstu obyvatel v 38 afrických státech s následkem a bez následků AIDS v letech 1980-1985 až 2020-2025

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004



Obrazek 23: Roční míra růstu obyvatel v 7 nejvíce postižených afrických státech s následkem a bez následků AIDS v letech 1980-1985 až 2020-2025

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

6.1.4 Dopad HIV/AIDS na kojeneckou úmrtnost a úmrtnost dětí do 5-ti let

Přibližně čtvrtina až třetina dětí, které se narodí HIV pozitivním ženám, se nakazí od svých matek. Dětská infekce HIV má podstatný dopad na úmrtnost v průběhu dětství a mládí. Tabulka č. 9 zobrazuje kojeneckou a dětskou úmrtnost v jednotlivých regionech s výskytem a bez výskytu pandemie AIDS. Odhaduje se, že v daných 38 afrických státech klesne kojenecká úmrtnost z původních 103 zemřelých na 1000 narozených v letech 1995-2000 na 65 z 1000 narozených v letech 2020-2025. Úmrtnost dětí do pěti let by za stejné období měla klesnout ze 172 na 108 zemřelých na 1000 narozených. Kdyby se v těchto zemích AIDS nevyskytoval, poklesla by úmrtnost kojenců a dětí ve stejném období mnohem výrazněji a to z 99 úmrtí na 1000 narozených v letech 1995-2000 na 61 úmrtí na 1000 narozených v letech 2020-2025 u kojenců a u dětí do pěti let ze 158 mrtvých na 1000 živě narozených na 92 úmrtí.

Tabulka 9: Kojenecká úmrtnost a úmrtnost dětí do 5-ti let v letech 1995-2025

<i>Country grouping</i>	<i>1995-2000</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2005-2010</i>	<i>2010-2015</i>	<i>2015-2020</i>	<i>2020-2025</i>
<i>Infant mortality (per thousand)</i>						
All 53 countries						
Without AIDS	66.4	60.7	55.4	49.8	45.3	40.9
With AIDS	67.5	62.0	56.7	51.3	46.7	42.1
Absolute difference	1.1	1.3	1.4	1.4	1.4	1.3
Percentage difference	1.7	2.2	2.5	2.9	3.1	3.2
38 African countries						
Without AIDS	98.5	89.5	82.8	75.2	67.9	60.9
With AIDS	102.6	94.3	87.6	79.9	72.5	65.1
Absolute difference	4.1	4.8	4.8	4.7	4.6	4.2
Percentage difference	4.2	5.3	5.8	6.3	6.7	6.9
5 Asian countries						
Without AIDS	59.0	52.5	46.2	40.4	36.2	32.1
With AIDS	59.1	52.8	46.6	41.1	36.9	32.8
Absolute difference	0.1	0.3	0.5	0.7	0.7	0.7
Percentage difference	0.2	0.5	1.1	1.6	2.1	2.3
8 Latin American and Caribbean countries						
Without AIDS	43.1	38.8	34.4	30.4	26.4	22.9
With AIDS	43.5	39.3	34.9	30.9	26.9	23.3
Absolute difference	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4
Percentage difference	1.1	1.3	1.5	1.8	1.9	1.9
2 developed countries						
Without AIDS	9.5	8.6	7.9	7.3	6.7	6.2
With AIDS	9.5	8.8	8.2	7.6	7.0	6.6
Absolute difference	0.1	0.2	0.3	0.4	0.4	0.4
Percentage difference	0.8	2.2	4.0	5.0	5.7	6.4
<i>Under-five mortality (per thousand)</i>						
All 53 countries						
Without AIDS	93.9	85.2	77.1	68.9	62.6	56.1
With AIDS	98.8	91.8	83.8	75.8	69.1	62.3
Absolute difference	5.0	6.6	6.7	6.9	6.5	6.2
Percentage difference	5.3	7.8	8.7	10.0	10.4	11.1
38 African countries						
Without AIDS	157.6	142.0	130.1	116.6	103.9	91.7
With AIDS	172.4	161.1	148.1	134.5	121.0	107.5
Absolute difference	14.9	19.2	18.0	17.8	17.1	15.8
Percentage difference	9.4	13.5	13.8	15.3	16.5	17.3

Country grouping	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
5 Asian countries						
Without AIDS.....	75.3	65.3	56.0	48.2	43.6	38.4
With AIDS.....	76.8	67.3	58.8	51.5	46.4	41.3
Absolute difference.....	1.5	2.0	2.8	3.2	2.8	2.9
Percentage difference	2.0	3.1	5.0	6.7	6.3	7.5
8 Latin American and Caribbean countries						
Without AIDS.....	52.3	47.0	41.7	36.9	32.3	28.1
With AIDS.....	55.2	49.9	44.7	39.8	35.0	30.6
Absolute difference.....	2.9	2.9	2.9	2.9	2.8	2.5
Percentage difference	5.5	6.1	7.0	7.8	8.5	8.8
2 developed countries						
Without AIDS.....	11.7	10.7	9.9	9.1	8.4	7.8
With AIDS.....	12.0	11.4	11.2	10.5	9.4	8.8
Absolute difference.....	0.3	0.7	1.2	1.4	1.1	1.1
Percentage difference	2.4	7.0	12.4	15.0	12.7	13.5

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

V sedmi afrických státech nejvíce postižených AIDS byla kojenecká a dětská úmrtnost v letech 1995-2000 66 zemřelých a 109 zemřelých na 1000 živě narozených, kdyby však v těchto zemích AIDS neexistoval, kojenecká úmrtnost by představovala 55 úmrtí na 1000 narozených a úmrtnost dětí do pěti let 80 úmrtí na 1000 narozených. AIDS způsobil 19% úmrtnost kojenců a 36% úmrtnost dětí do pěti let. Do roku 2020-2025 by se měla kojenecká a dětská úmrtnost zapříčiněná AIDS zvýšit na 38 % a 88 %.

V ostatních státech světa není kojenecká a dětská úmrtnost zaviněná AIDS tolik výrazná. V letech 2020-2025 bude očekávaná úmrtnost dětí do pěti let v pěti nejvíce zasažených asijských státech o 8 % vyšší, než kdyby se v těchto zemích AIDS nevyskytoval. V Latinské Americe a v Karibiku bude vyšší o 9 %.

Jak přibývá mladých lidí, kteří umírají na AIDS, zvyšuje se také počet sirotků. Na konci roku 2001 bylo na celém světě díky pandemii HIV/AIDS 14 milionů sirotků z toho 11 milionů v subsaharské Africe.

6.1.5 Dopad HIV/AIDS na očekávanou délku života žen a mužů

Tabulka 10: Ztráta očekávané délky života při narození v důsledku AIDS (podle pohlaví) v letech 2000-2005, 2010-2015 a 2020-2025

Country	Loss of life expectancy at birth due to AIDS (years)		Percentage difference	
	Male	Female	Male	Female
2000-2005				
Botswana	27.5	29.1	41	42
Lesotho	25.1	22.8	44	38
Namibia	20.6	21.6	32	32
South Africa	17.9	19.7	28	28
Swaziland	26.6	29.1	44	45
Zambia	19.0	23.1	37	42
Zimbabwe	32.1	36.9	49	53
2010-2015				
Botswana	35.6	42.3	52	58
Lesotho	29.3	32.3	48	50
Namibia	26.5	32.2	40	45
South Africa	24.7	32.2	37	44
Swaziland	32.8	38.9	51	57
Zambia	19.8	24.6	36	42
Zimbabwe	35.5	42.0	52	58
2020-2025				
Botswana	34.3	42.5	48	57
Lesotho	29.3	34.6	45	51
Namibia	25.6	31.8	37	43
South Africa	23.3	31.1	34	42
Swaziland	32.9	39.7	49	56
Zambia	20.2	25.6	34	40
Zimbabwe	33.9	41.9	48	56

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

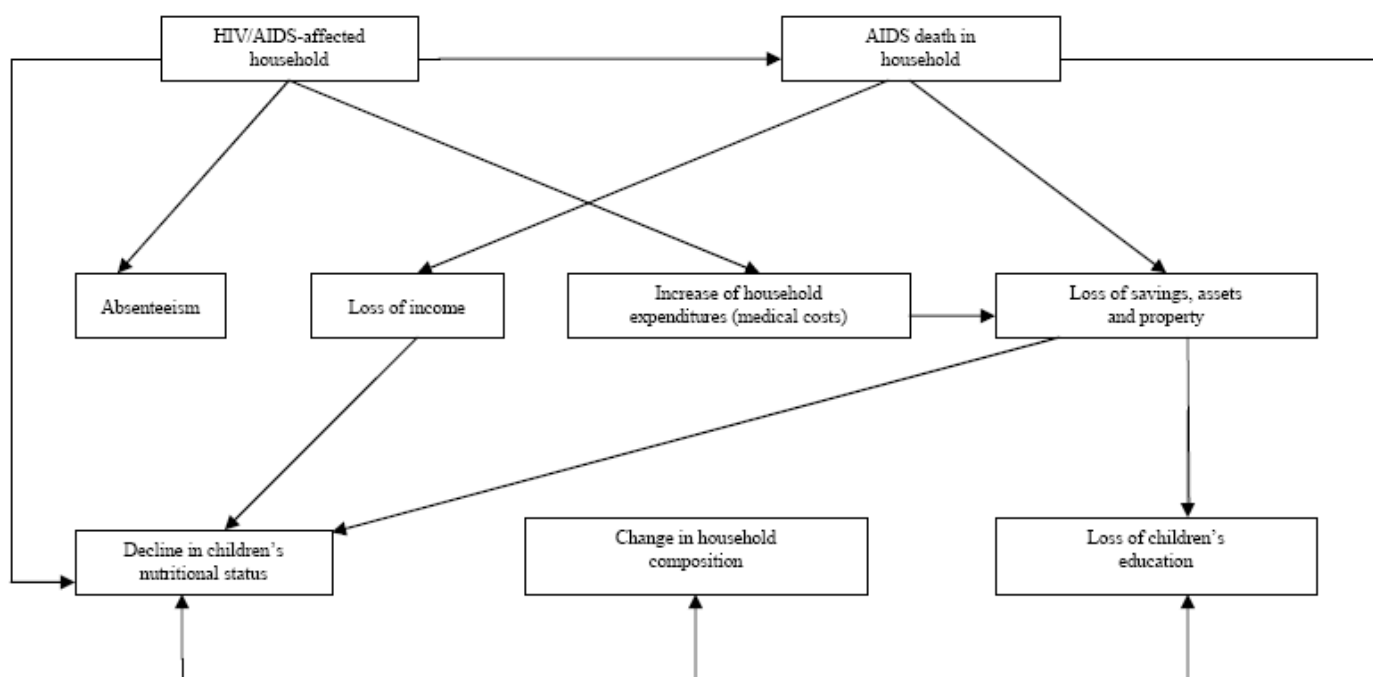
V Africe je infikován virem HIV větší počet žen než mužů, a proto pokles v očekávané délce života v důsledku AIDS se více projevuje u žen. Tabulka č. 10 znázorňuje úbytek očekávané délky života v sedmi nejvíce zasažených afrických státech v letech 2000-2005, 2010-2015 a 2020-2025. V levých sloupcích tabulky jsou zobrazeny hodnoty poklesu očekávané délky života mužů a žen a sloupce napravo zobrazují procentní rozdíl v očekávané délce života bez výskytu AIDS podle pohlaví. Například v Botswaně se kvůli AIDS v letech 2000-2005 muži

dožívali o 27,5 let méně a ženy o 29,1 let méně. V letech 2020-2025 by se však délka života mužů mohla zkrátit následkem onemocnění AIDS o 34,3 let a u žen až o 42,5 let. V tomto období bude očekávaná délka života mužů o 48 % nižší, než by tomu bylo bez existence pandemie AIDS. Ženy by se dožívaly bez této infekce v letech 2020-2025 o 57 % let více.

6.2 Dopad HIV/AIDS na domácnosti

Pandemie HIV/AIDS má největší dopad na jednotlivce, rodiny a domácnosti. Následky AIDS se projeví s prvními příznaky propuknutí infekce u jednoho z členů domácnosti. Lze rozlišit 3 ekonomické dopady pandemie AIDS na domácnosti. Prvním dopadem je ztráta příjmů člena rodiny, což je obzvlášť závažné, je-li daný člen živitelem rodiny. Druhým ekonomickým dopadem je zvýšení výdajů domácnosti na pokrytí léčebných nákladů. A třetím dopadem jsou nepřímé náklady vyplývající z nepřítomnosti jiného člena rodiny v práci nebo ve škole, aby se mohl starat o nemocného.

Obrázek č. 24 znázorňuje procesy, kterými onemocnění nebo úmrtí na následky AIDS v rodině ovlivní ostatní členy domácnosti. Celý proces tedy začíná onemocněním jednoho člena domácnosti. Pokud onemocní živitel rodiny a nemůže dále pracovat, rodina se ocitne bez trvalých příjmů. Pokud dokonce zemře na následky AIDS, ztráta příjmů domácnosti je trvalá. Léčebné náklady na péči o nemocného AIDS zvýší celkové výdaje domácnosti, domácnost vyčerpá své úspory na léčebné výlohy nebo prodá svůj majetek, aby tyto náklady pokryla. Domácnost musí snížit spotřebu, což může vést i ke snížení nutričního příjmu dětí, které poté trpí podvýživou. Pokud člen rodiny zemře, má domácnost další zátěž v podobě pohřbu, smutečních a dalších nákladů. Smuteční výdaje spolu se ztrátou příjmů mohou přivést domácnost do chudoby. Již chudé domácnosti jsou na tom ještě hůře.



Obrázek 24: Konceptní rámec socio-ekonomických dopadů pandemie HIV/AIDS na domácnosti

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Pandemie HIV/AIDS má také sociální dopady. Domácnost je prvotní jednotkou socializace neboli zespolečenštění⁵. Pokud je tato jednotka narušena, může to mít ohromné dopady na vývoj člověka.

AIDS může vést ke změně ve složení domácnosti, hlavně k postupnému zániku rodičovské výchovy. Péče o děti je svěřena do rukou prarodičů nebo ostatních příbuzných. Někdy rodiče nahradí starší děti, které se starají o své mladší sourozence, což vede k nárůstu jednogeneračních domácností. Hlavou domácnosti se stávají nejstarší děti.

⁵ Celoživotní formování chování člověka společností; proces osvojení jazyka, lidských forem, norem chování, hodnot a mezilidských vztahů [slovník cizích slov ABZ]

V případě, že si rodina nemůže již dovolit platit poplatky, mohou být děti odebrány ze školy. Dětem je také odepřeno základní vzdělání, pokud jsou potřeba na práci doma, na farmě nebo na trhu.

Postoj společnosti může také velmi ovlivnit dopad infekce na domácnost. Pokud je postoj komunity pozitivní a sociálně či finančně podporují nemocné, může se postižená domácnost s nemocí vypořádat lépe. Hůře jsou na tom rodiny, které žijí ve společnosti, kde virus HIV znamená určité stigma.

Ze sociálního hlediska jsou více postiženy rodiny, ve kterých zemře na následky AIDS žena čili matka a vychovatelka dětí. Z ekonomického hlediska je více zasažena domácnost, kde umírá na AIDS muž - otec, který je často živitelem rodiny a nájemcem bytu, který obvykle souvisí s jeho prací. Po jeho smrti se pak rodina musí vystěhovat a dostává se do tíživé životní situace.

6.2.1 Léčba a další náklady

Přímé náklady domácnosti představují náklady na léčbu nemocných a ztrátu pracovní doby, druhotné výdaje jsou například náklady na pohřeb.

Podle studií, které probíhaly od počátku 90. let v Burundi, Pobřeží slonoviny a na Haiti, se v postižených rodinách s úbytkem ekonomicky aktivních členů domácnosti odehrávají výrazné změny v hospodářských činnostech rodiny. Mezi tyto změny patří snížení počtu členů závislých na domácnosti, ukončení výdělečné činnosti, zvýšení úvěrů a prodeje majetku. V dalších studiích se zjistilo, že rodiny, které prodělaly nemoc nebo úmrtí člena domácnosti, jsou dvakrát tak chudší než rodiny bez postižení pandemií AIDS a jejich chudoba je dlouhodobá. Nejčastější reakce na ztrátu příjmů v důsledku nemoci nebo smrti člena rodiny, když už domácnost nemá žádné úspory nebo majetek, který by mohla prodat, ani nemůže očekávat pomoc od státu, je hledání půjček. Mnoho žen se ani po smrti svého manžela nezapojí mezi pracující, protože společnost považuje za nevhodné, aby žena pracovala mimo svůj domov. V Thajsku a na Srí Lance se různé studie zabývaly přímými a nepřímými náklady venkovských domácností, které byly zasaženy onemocněním AIDS. Bylo srovnáváno 116 domácností, které postihla smrt člena rodiny na následky AIDS, 100 domácností, které postihla smrt člena nesouvisející s AIDS a 108 domácností bez úmrtí člena rodiny. Studie prokázala, že

úmrtí v domácnosti na následky AIDS mělo mnohem větší ekonomický dopad na ostatní členy rodiny než úmrtí, které s tímto onemocněním nesouviselo. Aby se domácnost vypořádala se ztrátou příjmů způsobenou nemocí a smrtí člena rodiny, uchýlila se k vyčerpání svých úspor, prohloubení úvěrů a k prodeji majetku včetně pozemků, dopravních prostředků a hospodářských zvířat. Podle této studie na Srí Lance se přímé náklady domácnosti související s úmrtím člena rodiny na následky AIDS pohybují v rozmezí od 250 do 985 amerických dolarů. Rozmezí závisí na způsobu léčby nemocného. Nepřímé náklady se pak pohybují v rozmezí od 5 204 do 17 695 dolarů. Velkou část přímých nákladů v tomto případě hradil veřejný sektor, zatímco s mnohem vyššími nepřímými náklady se musela vypořádat rodina nemocného. V další studii v Zimbabwe se zjistilo, že téměř 80 % osob, které zemřely na AIDS, představovaly hlavní zdroj příjmů rodiny, 60 % z nich během nemoci ztratilo svoji práci. Jeden ze sedmi ošetřovatelů se vzdal práce, aby se mohl starat o nemocného. 42 % nákladů na léčbu hradil HIV pozitivní a jeho manželka a 41 % ostatní členové domácnosti.

6.2.2 Dopad na spotřebu jídla

Pandemie HIV/AIDS má dopad také na spotřebu jídla v domácnosti. Stejně tak jak domácnost mění v důsledku zvýšení nákladů dražší zboží za levnější, tak mění dražší potraviny za levnější a nakupuje je v menším množství. Některé děti ve věku 10-15 let byly nuceny najít si práci, aby si mohly koupit jídlo. Pandemie AIDS také snižuje počet porcí jídla na den nebo omezí stravu na jednu či dvě základní potraviny. Studie provedená roku 1994 v Ugandě zjistila, že počet osob s podvýživou neustále roste, hlavně mezi dětmi. Děti pak musí být často hospitalizovány kvůli dětské chorobě kwashiorkor, která je způsobena nedostatkem proteinů v potravě.

6.2.3 Změny ve složení a struktuře domácností

Pandemie HIV/AIDS zvýšila počet rodin, ve kterých je hlavou rodiny žena nebo ve kterých se o děti starají prarodiče. Na rozdíl od žen, kterým zemřel manžel z jiných důvodů, ženy ovдовělé kvůli AIDS bývají mladší a mají děti, o které je třeba pečovat, což omezuje možnost žen pracovat na farmě nebo vykonávat výdělečnou činnost mimo farmu. Podle studie v Ugandě vzrůstá počet domácností, kde se o rodinu starají prarodiče. Je tak přeskočena jedna generace a v domácnosti chybí členové, kteří by byli ekonomicky aktivní. Ztráta živitele domácnosti

většinou znamená snížení životaschopnosti rodiny, domácnost se pak rozpadá a zbývající členové se rozptýlí do domovů příbuzných. V roce 2003 byla uskutečněna studie venkovských oblastí v Jihoafrické republice, která odhalila, že během ročního pozorování obyvatel zažilo 5 % domácností zkušenost s úmrtím v rodině na následky AIDS a že tyto rodiny mají třikrát větší pravděpodobnost rozpadu. Další studie v Ugandě se zabývala migrací zbylých členů rodiny po úmrtí jednoho z rodičů. Pokud je dítě pod 15 let, obvykle se po smrti rodičů stěhuje. Při úmrtí manžela na AIDS se 37 % vdov stěhuje ze svého bydliště, při úmrtí manželky se odstěhuje 17 % vdovců. Migrují většinou lidé mladšího věku. Větší procento žen, které se po smrti manžela odstěhují, je dáno také tím, že manželka obvykle nemá právo zdědit majetek po manželovi a její příbuzní žijí někde jinde. V některých afrických zemích se lidé vypořádávají se zhoršenou ekonomickou situací po úmrtí člena rodiny tím, že rodina pošle děti k příbuzným nebo přijme do domácnosti příbuzného v produktivním věku. Výměna závisí na společenských zvyklostech, jednotlivých domácnostech a dostupnosti vhodných příbuzných. V některých afrických kulturách je běžnou praxí cirkulace dětí i dospělých mezi domácnostmi a to i bez mimořádných událostí. Další způsob, jak se vypořádat s ekonomickou situací a sociální ztrátou po smrti manžela/ky, je znovu se vdát/oženit. V některých kulturách je tradicí, že vdova se znovu vdá, přestože je zde velké riziko, pokud její manžel zemřel na následky AIDS, že je žena také infikována virem HIV. V některých částech Afriky je zvykem, pokud je ovdovělá žena stále v reprodukčním věku, že si vezme bratra svého bývalého manžela nebo jiného příbuzného. Žena je v podstatě zděděna spolu s manželovým majetkem. Je tak zajištěno, že vdova a její děti mohou nadále používat manželův majetek. Na počátku 90. let si lidé uvědomili riziko těchto sňatků a byl zaznamenán jejich pokles. Rodiny, ve kterých zemřel jeden z manželů, byly dotazovány, zda pozůstalý vstoupil do nového sňatku. Znovu se vdala jedna čtvrtina žen a znovu se oženila více jak polovina mužů. Přibližně polovina úmrtí v těchto manželstvích byla zapříčiněna infekcí AIDS. Tři čtvrtiny pozůstalých však nejevily žádné známky nemoci. Lidé opírají svá rozhodnutí o dalším sňatku na zdánlivě dobrém zdravotním stavu. Avšak mnozí z těch, kteří vypadají zdravě, mohou být nakaženi virem HIV.

6.2.4 Dopad AIDS na seniory

Jak již bylo řečeno výše, jedním z dopadů onemocnění AIDS je změna struktury a složení domácnosti. Stále více starších lidí se musí starat o sirotky. Prarodiče jsou tak kvůli péči o

děti pod finančním, fyzickým a psychickým tlakem. Tato zátěž seniory vyčerpává, protože již sami potřebují určitou péči a pomoc. To platí zejména ve společnostech, kde mladší příbuzní jsou zodpovědní za péči o starší osoby. Například ve Rwandě a Malawi se nachází 30 % žen starších 60-ti let, které se musí starat o osiřelá vnoučata. V zemích, kde se prevalence HIV nachází nad 10 %, vzrostl průměrný počet domácností starajících se o sirotky o 2,7 bodu, v zemích s prevalencí 2-9 % vzrostl o 1,5 bodu, zatímco v zemích s nízkou prevalencí HIV se tento průměr nezměnil nebo mírně klesl. Domácnosti, ve kterých chybí generace v produktivním věku, se často nacházejí pod průměrem ukazatele měřícího kvalitu bydlení a vybavení domácnosti.

6.2.5 Dopad AIDS na děti

Pandemie HIV/AIDS má také dopad na vzdělání a zdraví dětí. Po úmrtí jednoho z rodičů na následky AIDS přestanou děti nadále navštěvovat školu, hlavně z důvodu nedostatku finančních prostředků. Podle studie v Ugandě ve vesnici Tororo může pouze jedno z pěti dětí v rodině, která byla zasažena úmrtím na AIDS, pokračovat ve školní docházce. Podle dat se sbíraných v Zimbabwe v roce 2000 se snížilo procento dětí docházejících do školy v urbanistických oblastech z 98 % na 80 % po úmrtí matky, na venkově ze 100 % na 93 %. V subsaharské Africe navštěvuje pravidelně školu pouze 60 % sirotek ve věku 10-14 let, kteří ztratili oba rodiče, zatímco docházka dětí, kterým zůstal alespoň jeden biologický rodič, je 71 %. Záleží na tom, v jaké socio-ekonomické situaci se domácnost nachází, avšak platí, že čím je domácnost chudší, tím je větší pravděpodobnost, že děti z této domácnosti přestanou chodit do školy. Rozsah důsledků pandemie AIDS na domácnost také velmi závisí na tom, zda infekce postihne muže nebo ženu. Ženy se starají o výchovu dětí a částečně o rozpočet domácnosti tím, že zajišťují pravidelnou stravu a výživu rodiny, především dětí. Děti obvykle po smrti matky zastávají její domácí práce a přerušují školní docházku. Například v Indonésii má větší ekonomický dopad na domácnost úmrtí otce, jako živitele rodiny, zatímco úmrtí matky má větší dopad na úmrtí a zdravotní stav dětí.

Adoptované děti

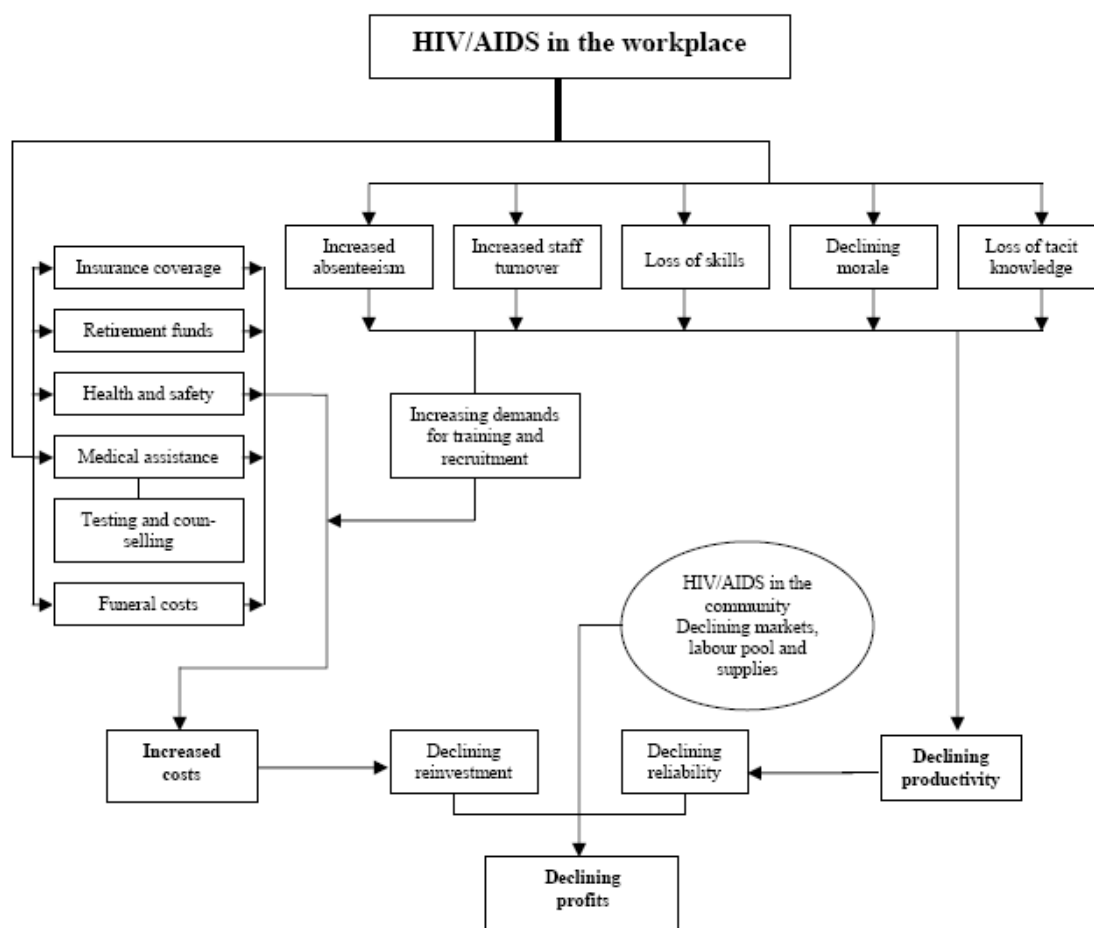
Adoptovat sirotky je hlavně v africké kultuře běžnou praxí. Avšak rychlý nárůst počtu sirotek by mohl přesáhnout možnosti tradičního systému podpory. Mnoho rodin, které adoptují osiřelé děti, jsou již chudé a adopce s sebou nese velké břemeno. Sirotci jsou znevýhodněni ve vzdělání, stravě a celkovém blahobytu. Domácnosti, ve kterých sirotci žijí, jsou chudší více než jakékoliv jiné domácnosti. V Ugandě v letech 1992 až 1999/2000 vzrostl počet rodin, které adoptovaly dítě do 14-ti let ze 17 % na 28 %. Ve společných domácnostech, kde žijí jak sirotci, tak neosiřelé děti, sirotci navštěvují školu méně často než ostatní děti ze stejné rodiny. Sirotek ve věku 6-14 let, který ztratil pouze jednoho z rodičů, má v průměru o 5 % nižší školní docházku než dítě, které má oba rodiče. Oboustranný sirotek navštěvuje školu o 15 % méně často než běžné dítě.

6.3 Dopad HIV/AIDS na firmy

Dopad pandemie HIV/AIDS má mnohem širší rozsah než jen negativní dopady na domácnosti. Firmy a podniky mohou být zasaženy také. Ve firmách nejčastěji pracují lidé v produktivním věku, kteří jsou nejrizikovější věkovou skupinou a podílejí se na produkci a procesech ve firmě. Pokud rozšíření HIV dosahuje vysoké úrovně v zemi nebo v rámci firmy, dopady této choroby mohou být dramatické pro podnikání tak pro firmy, které se na podnikání podílejí. Jakmile se z infekce HIV vyvine onemocnění AIDS, zasažení pracovníci chybí stále častěji v práci. Častá nepřítomnost zaměstnanců může mít vliv na produktivitu firmy, zejména v případě, kdy pracovník zaujímá významné místo a je obtížné ho nahradit.

Na obrázku č. 25 je zobrazeno schéma sociálních a ekonomických dopadů AIDS na firmu. Úmrtí pracovníků na AIDS vede k úbytku pracovní síly. Pracovníci musí být nahrazováni, často mladšími a nezkušenými lidmi, což může vést ke snížení produktivity práce. Dopad AIDS také závisí na schopnostech a znalostech zasažených pracovníků. Pokud onemocní nebo zemrou pracovníci, kteří zastávají významné pozice ve firmě, společnost může ztratit důležité know-how nahromaděné mnohaletými zkušenostmi. Další zátěží se může pro firmu stát zdravotní program, který znamená pro společnost značné náklady na zdravotní péči. Společnosti se můžou zvýšit také náklady pojistného programu, pokud pojišťovny v důsledku vyso-

ké míry prevalence HIV ve firmě zvýší své sazby. Vyšší náklady mohou být překážkou pro úsporu investic. AIDS vede také ke zvýšení nákladů na pohřeb pracovníků. Morálka a produktivita ostatních zaměstnanců může také trpět tím, jak jednotliví spolupracovníci onemocní a umírají. Neméně důležitou roli v nárůstu nákladů může hrát rostoucí poptávka po náboru a výcviku nových pracovníků, kteří musí nahradit nemocné. Dalším dopadem pandemie HIV/AIDS je, jak již bylo popsáno výše, chudoba domácností, která vede k poklesu poptávky po určitém druhu zboží. Firma, která se zaměřuje na výrobu tohoto zboží, se tak ocitá na zmenšujícím se trhu, což může vést k poklesu zisků této společnosti. Obecně lze následky pandemie HIV/AIDS pro firmy shrnout jako zvýšené náklady, klesající produktivita a v konečném důsledku snížení zisků.



Obrázek 25: Konceptní rámec socio-ekonomických dopadů pandemie HIV/AIDS na firmy

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Rozsah následků AIDS závisí na 5-ti faktorech:

- počtu infikovaných zaměstnanců ve firmě,
- jejich postavení ve firmě,
- struktuře výrobního procesu a jeho schopnosti se vypořádat s nepřítomností určitých pracovníků,
- výši podpory zaměstnanců poskytované firmou,
- a v neposlední řadě na vlivu HIV/AIDS na podnikatelské prostředí v jiných společnostech a ve vládě.

6.3.1 Absence a úmrtí zaměstnanců

Jedním z dopadů pandemie HIV/AIDS na firmy je již zmíněná častá nepřítomnost pracovníků kvůli onemocněním spojenými s AIDS. Například ve studii, která proběhla v 15-ti různých společnostech v Etiopii, se zjistilo, že 53 % případů absence v práci kvůli nemoci souviselo s infekcí AIDS. Během pěti let nastalo těchto případů 15 363. Z 19-ti HIV pozitivních zaměstnanců, se kterými proběhl rozhovor, jich 11 uvedlo, že kvůli AIDS zmeškali 30 dní v práci během jednoho roku, 7 pracovníků bylo nemocných v průměru 60 dní a jeden odpověděl, že nebyl přítomen v práci kvůli AIDS 240 dní za rok. Tato studie však bohužel nebyla schopna vyčíslit dopad HIV/AIDS na produktivitu těchto firem.

Dopad HIV/AIDS na společnost v podobě absence infikovaných zaměstnanců v práci může být pro některé podniky zničující. Studie jedné společnosti ve Svazijsku dokazuje, jak rychle se může zvýšit úmrtí zaměstnanců, zničit pokrok, který firma po dlouhou dobu budovala a snížit produktivitu. Ve firmě bylo infikováno 25 % zaměstnanců virem HIV a pravděpodobně během následujících deseti let zemrou.

Další studie 18-ti firem v Lusace v Zambii během období deseti měsíců zaznamenala, že z 68 zemřelých zaměstnanců patřilo 37 % mezi běžné zaměstnance, 30 % pocházelo

z managementu první linie, 21 % ze středního managementu a 12 % z vrcholového managementu.

Dopad AIDS na podnik také závisí na věkové struktuře zaměstnanců. Například studie provedená v Barclays Bank v Zambii ukázala, že úmrtnost pracovníků byla nejvyšší ve věkové skupině 30-39 let. Počet úmrtí vzrostl z 0,2 % na 2,2 % v letech 1987 a 1991. Banka vyplatila více jak 10 milionů zambijských kwach (58 140 amerických dolarů) rodinám zemřelých zaměstnanců. Zdravotnické výdaje a náklady na školení byly v této bance v průběhu studie na vzestupu, zatímco produktivita práce klesala.

6.3.2 Náklady společností

Většina dostupných studií dospěla k závěru, že pandemie HIV/AIDS způsobuje nárůst výrobních nákladů a pokles výnosů. Firmy, které nabízejí svým zaměstnancům benefity v podobě zdravotních balíčků, jsou zatíženy nejvíce. V tabulce č. 11 jsou zobrazeny roční náklady na HIV/AIDS šesti afrických firem z Botswany, Pobřeží slonoviny, Keňi a Ugandy. V levém sloupci jsou zobrazeny celkové roční náklady, v pravém sloupci jsou náklady rozpočítány na zaměstnance.

Tabulka 11: Náklady pandemie HIV/AIDS v šesti afrických společnostech (v amerických dolarech)

<i>Company name</i>	<i>Total annual cost of AIDS</i>	<i>Annual cost of AIDS per employee</i>
Botswana Diamond Valuing	125 941	237
Botswana Meat Commission.....	370 200	268
Côte d'Ivoire food processing.....	33 207	120
Côte d'Ivoire packing firm	10 398	125
Muhoroni Sugar, Kenya.....	58 398	49
Uganda Railway Corporation.....	77 000	300

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Náklady na HIV/AIDS se liší podle typu společnosti. V Keňi byla provedena studie nákladů na HIV/AIDS podle typu odvětví podnikání a bylo zjištěno, že nejvíce zatížen je průmysl na zpracování dřeva a cukru, jak je vidět v tabulce č. 12. Rozdíly v nákladech jednotlivých společností jsou pravděpodobně výsledkem toho, jak tyto podniky zacházejí se svými zaměstnanci. Ačkoliv mzdy v cukrovarnickém a dřevozpracujícím průmyslu jsou oproti těžkému průmyslu a dopravě nižší, zaměstnancům jsou poskytovány různé příspěvky a výhody, jako je například zdravotní péče. Tyto benefity navýší náklady společností až trojnásobně, jak je zřejmé z tabulky č. 12. Ve dřevozpracujícím průmyslu vzrostly náklady od roku 1992 do roku 2005 z 114,62 dolarů na 331,09 dolarů, v cukrovarnictví vzrostly ve stejném období z 237,81 dolarů na 720,05 dolarů. Nejenže zasažené firmy ztrácejí své zaměstnance a produktivitu práce, ale navíc se jim zvyšují náklady v podobě léčebných výloh. V Tanzanii průzkum šesti firm zjistil, že roční průměrné náklady firem na jednoho zaměstnance na léčbu a pohřeb zapříčiněných AIDS se zvýšily až 3,5 krát a 5,1 krát mezi lety 1993 a 1997.

Tabulka 12: Náklady na HIV/AIDS na zaměstnance, Keňa (v amerických dolarech)

Typ průmyslu	1992	2005
Těžký průmysl	16,45	39,03
Doprava	30,83	75,12
Dřevozpracující průmysl	114,62	331,09
Cukrovarnictví	237,81	720,05

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Zatímco většina studií se zaměřila na celkové dodatečné náklady způsobené AIDS, méně se jich pokusilo zjistit podíl nákladů podle typu nákladů. Tabulka č. 13 zobrazuje podíl jednotlivých nákladů způsobených AIDS na celkových nákladech srovnáním třech studií v Zambii, Keňi a Zimbabwe. V Keňi a Zambii se na nákladech nejvíce podílí nepřítomnost zaměstnanců v práci, zatímco v Zimbabwe nejvyšší náklady tvoří léčebné výdaje. Na druhém místě jsou výdaje spojené s úmrtím zaměstnance, které představují 15,9 % celkových nákladů v Zambii a

32,3 % v Zimbabwe. Náklady způsobené nahrazením manažerů nebo kvalifikovaných pracovníků v Zambii tvoří 13 % nákladů zapříčiněných AIDS.

Tabulka 13: Procentní podíl jednotlivých typů nákladů na celkových nákladech

Typ nákladů	Zambie (1992)	Keňa (1994)	Zimbabwe (1995-96)
Absence v práci	31,8	54,3	25,2
Náhrada zaměstnanců	12,7	-	-
Lékařská péče	14,7	12,0	37,8
Pohřeb	5,1	10,1	4,7
Výdaje spojené s úmrtím	15,9	-	32,3
Doprava	12,5	-	-
Nábor a výcvik nových zaměstnanců	7,3	26,3	-
Celkové náklady	100	100	100

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

6.3.3 Dopad na produktivitu a ziskovost firem

Studie 992 firem v pěti státech subsaharské Afriky (Ghana, Keňa, Tanzanie, Zambie a Zimbabwe) zkoumala vliv úbytku zaměstnanců kvůli nemoci či úmrtí na produktivitu firem a na náklady způsobené jejich nahrazením. V zemích s vyšší prevalencí HIV byla také vyšší míra nahrazování zaměstnanců. Avšak i ve státech, kde bylo rozšíření HIV nejvyšší, kvůli onemocnění a úmrtí pracovníků bylo nahrazeno pouze 12-13 % zaměstnanců. Kromě toho přibližně tři čtvrtiny pracovníků, kteří odešli z práce kvůli nemoci nebo zemřeli, byli označeni jako nekvalifikovaní nebo částečně vyškolení a byli rychle nahrazeni. Nezkušený pracovník je nahrazen přibližně do dvou týdnů, středně vyškolený přibližně do třech týdnů. Nahradit vyškoleného pracovníka trvá kolem 24 týdnů. Z ekonomických důvodů se mnoho firem rozhodlo nenahrazovat zaměstnance, o které kvůli AIDS přišly, v číslech až 38 % odborných pra-

covníků a 51 % řadových zaměstnanců. Protože tato studie proběhla roku 1994, kdy následky AIDS ještě nebyly tak zřejmé, bylo dokázáno, že pandemie HIV/AIDS má vliv na snížení produktivity afrických firem, ale dosud nemá výrazný negativní dopad na tyto podniky.

Jen málo studií se pokusilo kvantifikovat dopady HIV/AIDS na produktivitu a efektivitu práce. Jednou z těchto studií je studie keňského podniku vyrábějícího čaj, která se uskutečnila v roce 2003. Záznamy společnosti odhalily, že HIV pozitivní zaměstnanci mají nižší produktivitu v podobě méně kilogramů natrhaných čajových lístků a využívají častěji dovolenou oproti zdravým pracovníkům. Jejich produktivita stále klesala, jak se jejich nemoc rozvíjela. V posledním roce života byli infikovaní pracovníci o 38 % méně produktivní a využívali téměř dvakrát více volna než ostatní zaměstnanci. Tyto údaje jsou ještě podhodnoceny, neboť nemocným zaměstnancům obvykle pomáhal nezaznamenaný člověk, aby neztratili kvůli nízké produktivitě svoji práci.

Studie zabývající se dopadem HIV/AIDS na zisk firem mají rozporuplné výsledky. V Jihoafrické republice a v Keňi došly k závěru, že ekonomické dopady na ziskovost podniků by mohly být značné. Studie v Zambii, Malawi a Botswaně je opačného názoru.

6.3.4 Nepřímé dopady HIV/AIDS na firmy

Mezi přímé dopady AIDS na firmy patří již uvedené zvýšené náklady a ztráta produktivity. Společnosti, ve kterých je vysoká prevalence HIV pozitivních zaměstnanců, však mohou trpět i vedlejšími dopady AIDS, jako je například pokles morálky mezi pracovníky. Když jsou zaměstnanci svědky mnoha úmrtí svých spolupracovníků, mohou přijmout rezignovaný postoj k práci a životu vůbec, což má následný dopad na produktivitu firmy.

Nepřítomnost nemocných pracovníků vede k většímu zatížení jejich zdravých kolegů. V některých společnostech museli zaměstnanci pracovat často přesčas, aby nahradili časovou ztrátu za nemocné. Výsledkem bylo, že společnost musela proplatit odpracované hodiny navíc a k tomu vyčerpala své zdravé zaměstnance. Dlouhá pracovní doba může vyvolat mezi zaměstnanci stres, který má vliv jak na kvantitu, tak na kvalitu výsledného produktu.

6.3.5 Reakce firem na HIV/AIDS

Reakce podniků na HIV/AIDS jsou různé. Některé společnosti investují do lékařské péče a preventivních programů, aby uchránily své zaměstnance před virem HIV. Programy prevence AIDS obvykle zahrnují vzdělávání pro zaměstnance a jejich rodiny, léčbu pohlavně přenosných chorob a distribuci kondomů. Podle analýzy nákladů a výnosů v šesti podnicích v Botswaně a Jihoafrické republice přinášejí investice do prevence a léčby většinou čistý zisk. Spolehlivých informací o úspěšnosti prevence je však málo. Jiné firmy zvolily opačný přístup. Některé z nich změnily způsob nábory nových pracovníků, aby vyřadily vysoce rizikové skupiny a HIV pozitivní žadatele, nebo propustily zaměstnance, u kterých bylo podezření na AIDS. Další firmy snížily zaměstnanecké výhody, restrukturalizovaly pracovní smlouvy, využily subdodavatelských zakázek pro méně kvalifikovanou práci a změnily výrobní technologii, která vyžaduje méně zaměstnanců. Společnosti také najímají starší pracovníky, kteří mají menší pravděpodobnost nákazy virem HIV. Některé z těchto praktik jsou však nelegální.

V Jihoafrické republice více jak dvě třetiny zaměstnavatelů omezilo zdravotnické výhody pro zaměstnance nebo alespoň zvýšilo příspěvky od zaměstnanců. Průzkum v 56-ti velkých jihoafrických firmách zjistil, že během dvou let 78 % z nich restrukturalizovalo systém zdravotní péče, především formou horního limitu příspěvků od společnosti, snížení výhod pro zaměstnance a zvýšení podílu zaměstnanců na nákladech. V důsledku těchto opatření se 36 % zaměstnanců odhlásilo z programu lékařské péče sponzorované společností, hlavně kvůli vyšším výdajům.

6.4 Dopad HIV/AIDS na zemědělství

Většina populace v nejvíce postižených zemích pandemií HIV/AIDS žije na venkově. A většina těchto lidí pracuje v zemědělském sektoru. Zemědělství a další venkovské práce představují v mnoha afrických státech živobytí pro více jak 70 % populace. Obzvláště v zemích, kde je výroba závislá na lidském faktoru, způsobí pandemie AIDS v zemědělství vážné škody. Onemocnění a úmrtí zemědělců způsobené AIDS může vést ke zmenšení obdělávané plochy a k úbytku výnosů půdy, což má za následek snížení produkce potravin a potravinovou nejisto-

tu. Ztráta pracovní síly může dále vést k poklesu v rozmanitosti pěstovaných plodin a změnám v systému pěstování. Živočišná výroba může být také omezena. Odklon od pěstování náročných plodin má za následek méně pestrou a méně výživnou stravu. Pokles nabídky práce zaviněný AIDS obzvláště v rozhodujícím období jako je setba a sklizeň může výrazně ovlivnit produkci zemědělství. Dalším dopadem AIDS je ztráta znalostí o tradičních zemědělských metodách, kdy infikovaná osoba nestihne předat know-how dalším generacím a ztráta kvalifikované zkušené pracovní síly. Infekce HIV/AIDS také způsobila přechod od pěstování tržních potravin na pěstování potravin pro obživu, což přineslo nižší příjmy domácností a nedostatek prostředků na nákup jiného zboží než potravin.

Podle průzkumu v Zimbabwe roku 1997 poklesla produkce zemědělství v rodinách postižených pandemií AIDS téměř o 50 %. V tabulce č. 14 je vidět, že největší pokles byl zaznamenán v produkci kukuřice a to o 61 %, dále v zelenině (49 %) a o nepatrně méně v produkci bavlny (47 %). Ve Svazijsku byl také zaznamenán pokles v produkci zemědělství v roce 2003 a to o 54 % v domácnostech, ve kterých zemřel alespoň jeden člen rodiny na následky AIDS. Další studie v Tanzanii ukázala, že žena, která měla nemocného manžela, strávila zemědělskou činností o 45 % méně času než ženy, které měly zdravého manžela. Lidé, které postihla smrt na AIDS v rodině, hospodaří o 5 hodin týdně méně. V Etiopii poklesl počet odpracovaných hodin týdně v zemědělství z 33,6 hodin u nezasazených domácností na 11-16 hodin v zasažených domácnostech.

Tabulka 14: Úbytek produkce zemědělských plodin v domácnostech zasažených HIV/AIDS v Zimbabwe, rok 1997

Plodina	Ztráta produkce (v procentech)
Kukuřice	61
Bavlna	47
Zelenina	49
Drcené ořechy	37
Dobytěk	29

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Tabulka 15: Ztráta pracovní síly v zemědělském sektoru ve 12-ti afrických státech v roce 2000 a 2020 (v procentech)

Země	2000	2020
Namibie	3,0	26,0
Botswana	6,6	23,2
Zimbabwe	9,6	22,7
Mosambik	2,3	20,0
Jihoafrická republika	3,9	19,9
Keňa	3,9	16,8
Malawi	5,8	13,8
Uganda	12,8	13,7
Tanzanie	5,8	12,7
Středoafriická republika	6,3	12,6
Pobřeží slonoviny	5,6	11,4
Kamerun	2,9	10,7

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Předpokládá se, že největší dopad pandemie AIDS na zemědělství teprve přijde. Během let 1985 až 2000 v 27 nejvíce postižených afrických zemích zemřelo 7 milionů zaměstnanců v zemědělství na následky AIDS. A očekává se, že do roku 2020 dojde k dalším 16 milionům úmrtí. V tabulce č. 15 je zobrazena procentní ztráta pracovní síly v zemědělském sektoru v 12-ti afrických zemích. Úbytek pracovní síly se podle odhadů bude v roce 2020 pohybovat v rozmezí 10-26 %. Největší ztrátu pracovní síly utrpí Namibie.

Studie Shapouri a Rosen z roku 2001 tvrdí, že pomalý růst produktivity zemědělství a celkové ekonomiky zapříčiněný AIDS povede k rozdílu mezi produkcí a potřebami obyvatel nejvíce zasažených afrických zemí, čili k nedostatku potravy. Potravinová nejistota je měřena pomocí tzv. potravinové propasti, která představuje rozdíl mezi očekávaným množstvím zásob potravin a množství potravy, které je nutné pro splnění výživových norem na obyvatele na národní úrovni. V tabulce č. 16 jsou zobrazeny hodnoty produkce trhu s obilím ve vybraných afrických státech a odhadovaný nedostatek potravin v roce 2010. V Keňi například bude v roce

2010 o 12,1 % nižší produkce obilí, než by bylo potřeba (viz. tabulka č. 16). Africké země budou stále více závislé na dovozu obilí a potravinové pomoci ostatních států.

Tabulka 16: Produkce trhu s obilím ve vybraných afrických státech

Africké státy	Roční růst produkce obilí 1980-1999	Roční růst produkce obilí 1989-1999	Odhadovaný nedostatek ve výživě v roce 2010
Východní Afrika			
Keňa	0,44	-1,04	12,1
Uganda	2,18	1,29	0,0
Tanzanie	2,03	0,00	33,6
Jižní Afrika			
Malawi	1,83	4,14	18,1
Zambie	-1,22	-3,63	69,9
Zimbabwe	-1,06	-0,10	2,4

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Pandemie HIV/AIDS má často závažné následky také pro vdovy žijící na venkově. V subsaharské Africe a v Asii se ženy podílejí na polovině produkce potravin a bývají zapojeny do většiny zemědělských činností. V některých státech však nemají ženy právo dědit po svém manželovi a přicházejí tak po smrti svého partnera o majetek a přístup k půdě. V některých kulturách ženy nesmí převzít zemědělskou práci po svém choti a musí zemědělství opustit. Ženy v afrických zemích nemají rovný přístup ke vzdělání, práci a přístupu k informacím, což je činí náchylnější k dopadům HIV/AIDS.

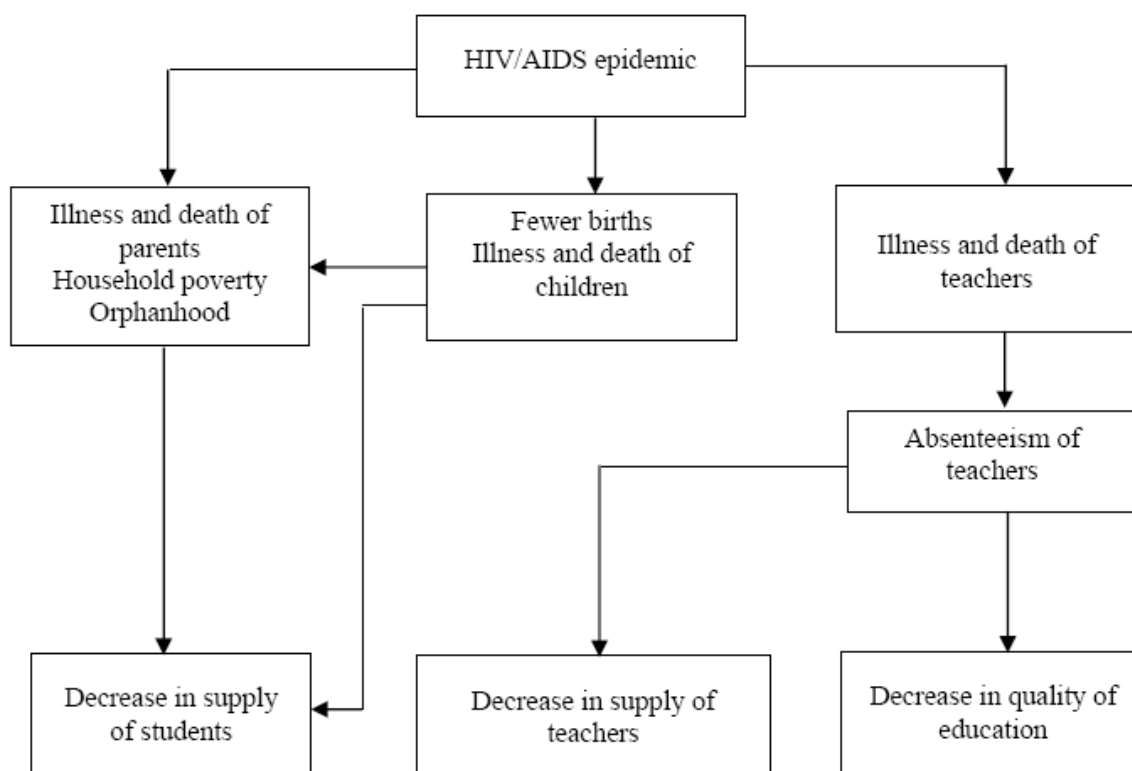
Dopady HIV/AIDS na zemědělství nejsou dosud zcela známe. Studie zabývající se těmito dopady pokrývají jenom nepatrnou část postižených oblastí a nezahrnují kontrolu domácností, které nejsou zasažené infekcí a jejich srovnání s postiženými domácnostmi. Nicméně bylo dokázáno, že pandemie HIV/AIDS má významný dopad na zemědělskou výrobu, ekonomickou životaschopnost zasažených domácností v Africe a také na zemědělské podniky. Budoucí dopad v oblasti zemědělství bude záviset mimo jiné na hledání způsobů, jak snížit počet pra-

cujících v zemědělství a na zavedení nových výrobních metod, které budou méně závislé na lidském faktoru.

6.5 Dopad HIV/AIDS na vzdělání

Pandemie HIV/AIDS má dopad také na sektor školství. Stále více zemí v subsaharské Africe se potýká s nedostatkem učitelů. Onemocnění a úmrtí na následky AIDS ovlivňuje také pracovníky v administrativě, plánování a financování ve vzdělávacím sektoru. Vzdělávání je přitom hlavním motorem ekonomiky a sociálního rozvoje země. V druhé polovině 20. století se stalo vzdělávání jednou z priorit mnoha vlád. Investovalo se do vzdělávacího systému a zdravotnictví, což mělo velký význam pro ekonomiku a celou společnost. Od roku 1997 do roku 2000 se podíl obyvatel starších 15-ti let, kteří dokončili základní školu, zvýšil v 73 rozvojových zemích z 23 % na 43 %. Subsaharská Afrika však stále zaostává za ostatními regiony. V roce 1970 dokončilo základní vzdělání ve 22 zemích subsaharské Afriky pouze 16 % dospělé populace, do roku 2000 se podíl obyvatel zvýšil pouze na 28 %. Největší úspěch byl zaznamenán v 70. letech, v 80. letech však špatně fungující ekonomika způsobila pokles ve školní docházce. Pokrok ve vzdělávání byl v subsaharské Africe pomalý i před výskytem pandemie HIV/AIDS. Nyní bude o to těžší udržet vzdělávací systém alespoň na určité úrovni a umožnit základní vzdělání všem dětem s takovou zátěží a náklady, které představuje tato choroba.

HIV/AIDS ovlivňuje školství alespoň třemi způsoby. Méně dětí má kvůli AIDS možnost dokončit základní školní docházku a získat základní znalosti a dovednosti, které potřebují. Klesá i počet učitelů následkem AIDS a kvalita vzdělání se z tohoto důvodu také snižuje. Na obrázku č. 26 je zobrazen celý průběh následků HIV/AIDS na vzdělávací systém.



Obrázek 26: Průběh následků HIV/AIDS na vzdělávací systém

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Kvůli AIDS se snižuje docházka dětí do školy. Děti se starají o své nemocné rodiče nebo o své sourozence po smrti rodičů a ukončí tak školní docházku. V Zimbabwe v roce 2000 žilo 31 % domácností, které měly alespoň jedno dítě, které po smrti matky přestalo chodit do školy. V průzkumu zasažených domácností v Zambii bylo zjištěno, že 56 z 215 dětí bylo nuceno opustit školu kvůli následkům AIDS. V Ugandě se během čtyřletého období snížil počet zapsaných dětí do 3 základních škol o 40 %, a to z 1543 zapsaných v roce 1989 na 950 v roce 1993. Míra ukončení školní docházky pro okres Rakai v Ugandě byla v roce 1993 27 %, což je téměř dvojnásobek oproti národnímu průměru, který představoval 15 %. Nejvíce postiženi jsou dvojíti sirotci. Sirotci, kteří ztratili oba rodiče, mají o 10-30 % menší pravděpodobnost, že budou chodit do školy. V Tanzanii je pravděpodobnost vzdělání sirotek dokonce o 45-64 % nižší než u dětí, které rodiče mají. Z průzkumu domácností v Kampale, hlavním městě

Ugandy, vyplynulo, že 47 % domácností, ve kterých žili sirotci, si nemohlo z finančních důvodů dovolit poslat děti do školy.

Školní docházka se také snižuje u dětí infikovaných virem HIV. Nemoci související s rozvíjejícím se AIDS jim brání chodit do školy a jejich schopnost učit se je také omezena. Děti, které se infikovaly virem HIV od své matky při narození nebo kojení, se obvykle ani zápisu do školy nedožijí.

Neméně důležitým následkem AIDS je snížení kvality výuky. Nemocní učitelé stále častěji chybí na hodinách a poskytují méně kvalitní vzdělání, než kdyby byli zdraví. Empirické studie zjistily, že každý učitel infikovaný virem HIV, ztratí v průměru 6 měsíců pracovní doby před projevením AIDS a dalších 12 měsíců po propuknutí nemoci. Například v roce 1999 v Zambii z celkového počtu 1,7 milionu žáků základních škol přišlo o svého učitele 56 000 dětí. Největší počet zasažených dětí se nachází v Jihoafrické republice (viz. tabulka č. 17). Celkem v subsaharské Africe ve stejném roce ztratilo kvůli AIDS svého vyučujícího 860 000 dětí. Ztráta učitelů na následky AIDS v Zambii v roce 1998 představovala dvě třetiny roční produkce nově vyškolených učitelů.

Kvalitu vzdělání ovlivňuje také méně financí investovaných do školství, které jdou v zemích s nejvyšší prevalencí hlavně do zdravotnictví na boj proti HIV/AIDS. Čím více učitelů podléhá AIDS a čím více vzrůstají náklady na výcvik nových zaměstnanců, tím častěji se spoléhá vzdělávací systém na méně kvalifikované a zkušené pracovníky, čímž také klesá kvalita vzdělání.

Dalším dopadem na kvalitu vzdělání dětí je vliv na žáky, kteří sledují onemocnění a úmrtí svého učitele. Na venkově považují děti svého učitele za vzor, proto jeho smrt má na děti velký psychický dopad. I učitelé mohou být zasaženi, pokud je infikován někdo z jejich příbuzných nebo kolegů. Učitelé často odmítají přemístění do nejvíce postižených oblastí, aby nahradili místo po vyučujícím, který zemřel na AIDS. V těchto regionech je pak nedostatek učitelů.

AIDS zvyšuje i náklady ve školství. Ve snaze kompenzovat úbytek učitelů, školy najímají dočasné zaměstnance. Zaměstnanecké výhody, nábor a výcvik nových pracovníků představují růst nákladů, přičemž v některých zemích jsou zaměstnanecké výhody vypláceny až do smrti.

Proto mohou školy vyplácet velké množství peněz i osobám, které již ve vzdělávacím systému nepracují.

Tabulka 17: Počet žáků základních škol, kteří ztratili učitele na následky AIDS, rok 1999

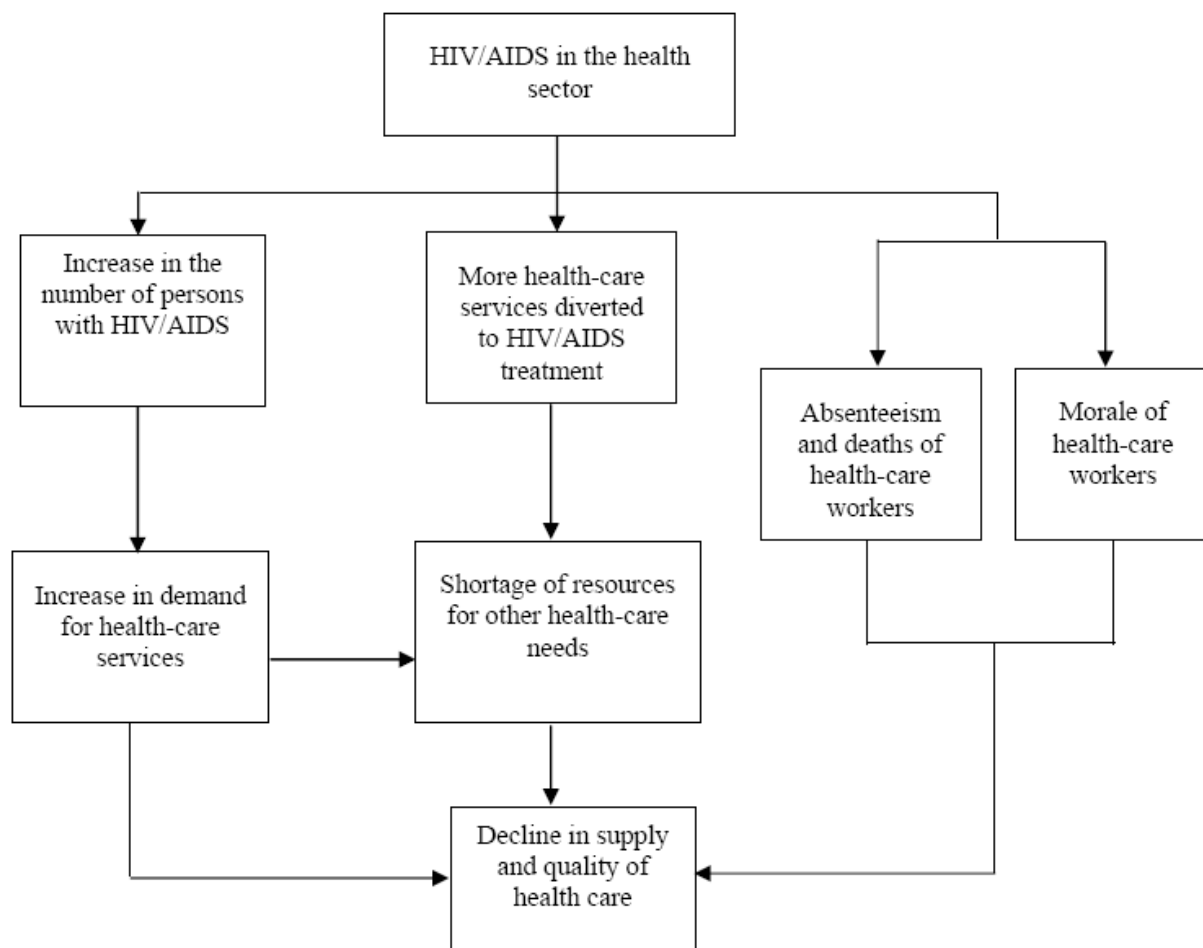
Stát	Počet dětí, které ztratily učitele na následky AIDS
Jihoafrická republika	100 000
Keňa	95 000
Zimbabwe	86 000
Nigérie	85 000
Uganda	81 000
Zambie	56 000
Malawi	52 000
Ethiopie	51 000
Tanzanie	49 000
Demokratická republika Kongo	27 000

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

6.6 Dopad HIV/AIDS na zdravotnictví

Pandemie HIV/AIDS představuje obrovskou výzvu pro zdravotní systém rozvojových zemí. Tato choroba zvýšila celkové výdaje zdravotnictví - náklady na lékařskou péči, tak i náklady na sociální pomoc. AIDS má mnoho dopadů na zdravotnictví. Jedním z nich je riziko infikování lékařů a sester virem HIV, úbytek zdravotního personálu a vliv na poskytovanou veřejnou zdravotní péči. Zdravotníci jsou denně v kontaktu s pacienty, kteří mohou být infikováni, a proto mají větší riziko nákazy. AIDS má vliv také na morálku pracovníků ve zdravotnictví. Péče o pacienty nemocné AIDS je náročná a stresující. Zdravotníci mohou být ovlivněni strachem z nákazy při styku s pacienty a může tak být snížena kvalita poskytovaných služeb. Zdravotní systém v rozvojových zemích se potýkal s mnoha problémy ještě před propuknutím pandemie AIDS. Nyní je zdravotnický sektor zatížen mnohem více narůstajícím počtem HIV pozitivních pacientů.

Na obrázku č. 27 je zobrazeno schéma průběhu dopadů HIV/AIDS na zdravotnický systém, který vede nakonec vždy k nedostatku a zhoršení kvality lékařské péče.



Obrázek 27: Konceptní rámec dopadů HIV/AIDS na zdravotnictví

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

6.6.1 Nedostatek zdravotníků

Podle odhadů Světové banky zemře v zemích se stabilní prevalencí HIV 5 % 0,5-1 % zdravotnického personálu každý rok. V zemích, kde prevalence HIV dosahuje až 30 %, je odhadovaná ztráta zdravotníků 3-7 % ročně. Onemocnění a absence zdravotnického personálu je velkým problémem. Jenom mezi porodními asistentkami v Lusace a Zambii bylo v letech 1991-1992 39 % HIV pozitivních a mezi zdravotními sestrami dokonce 44 %. Pracovníci ve

zdravotnictví jsou také náchylní na oportunní infekce, které doprovázejí onemocnění AIDS. V Jihoafrické republice v letech 1991-1998 byl například zdokumentován pětinasobný nárůst výskytu tuberkulózy mezi zaměstnanci nemocnic. V Zambii se v letech 1980-1991 zvýšila úmrtnost sester až 13 krát na 2,7 %. V Burkině Faso byl zaznamenán pokles zdravotní péče z důvodu obavy zdravotnického personálu z nákazy virem HIV.

6.6.2 Nárůst poptávky po zdravotní péči

Mnoho rozvojových zemí se potýká s vysokou poptávkou po lékařské péči. Nemocnice jsou zahlceny pacienti s AIDS, a je proto obtížné uspokojit poptávku také po léčbě jiných nemocí. Například ve Rwandě navštívilo nemocnici 350 HIV pozitivních ambulantních pacientů 10,9 krát oproti běžnému průměru 0,3 krát. I zdravotnictví se potýká s určitou diskriminací. Výdaje na lékařské služby závisí na pohlaví, příjmech, bydlišti a schopnosti sehnat prostředky na zaplacení péče.

6.6.3 Zvýšení výdajů ve zdravotnictví

I v zemích, které nejsou tolik zasaženy pandemií HIV/AIDS, jsou náklady na lékařskou péči HIV pozitivních poměrně vysoké. Narůstající poptávka po zdravotní péči zapříčiněná AIDS způsobuje růst cen zdravotnických služeb a zvyšuje tak celkové náklady zdravotnictví. Největší dopad má AIDS na chudé, kteří se kvůli vyšší ceně vzdají lékařské péče. Nicméně elasticita poptávky po zdravotnických službách je malá, a proto je většina nemocných lidí ochotna zaplatit, aby jim bylo lépe. Světová banka vydala v roce 1999 publikaci, ve které se zabývá náklady zdravotnictví způsobené AIDS. Ve studii použila hypotetickou zemi, ve které je prevalence HIV mezi dospělými ustálena na 5-ti %. Při použití předpokladů o elasticitě nabídky a poptávky po zdravotní péči, že by vláda dotovala náklady na spotřebitele a že by úmrtnost dospělých bez existence pandemie HIV/AIDS byla na úrovni subsaharské Afriky bez výskytu infekce, Světová banka odhaduje, že pandemie HIV/AIDS mezi dospělými by zvýšila náklady ve zdravotnickém sektoru přes 40 %, a to i bez výdajů na antiretrovirální léčbu a léčbu dětí. Celkové náklady by byly mnohem vyšší, kdyby předpoklad prevalence v zemi mezi dospělou populací byl vyšší než daných 5 %.

Celkové roční výdaje na lékařskou péči ve většině afrických zemích jsou 10 amerických dolarů na obyvatele neinfikovaného virem HIV. V subsaharské Africe jsou roční přímé náklady na zdravotní péči jednoho infikovaného člověka 30 dolarů, bez započítání výdajů na antiretrovirální léčbu. V mnoha zemích s nízkými příjmy jsou veřejné rozpočty zdravotnictví tak nízké, že nemohou poskytnout základní lékařskou péči i bez takové zátěže, jakou představuje AIDS. Výdaje na zdravotnictví se dramaticky zvýšily například v Tanzanii nebo Pobřeží slonoviny. V mnoha zemích se zvýšil rozpočet na léčbu HIV pozitivních, avšak na úkor léčby ostatních nemocí. Léčba HIV pozitivních je mnohem nákladnější než léčba jiných nemocí. Například v Zimbabwe byly náklady na léčbu pacientů s AIDS dvojnásobné než na léčbu ostatních pacientů. V Tanzanii v roce 1996 financovali třetinu výdajů na zdravotnictví a 84 % výdajů na boj proti AIDS a ostatním pohlavním chorobám dárce, což je mnohem větší podíl, než kterým přispěla sama vláda, která financovala 19 % výdajů na zdravotnictví a 5 % výdajů na pohlavní choroby.

Některé studie se zabývaly tím, jak jsou rozděleny náklady na léčbu mezi poskytovatele služeb ve veřejném sektoru, soukromé kliniky a domácnosti. V rozvojových zemích jsou nejvíce zatíženy domácnosti. AIDS způsobuje zvýšení soukromých výdajů na léčbu postižených členů domácnosti, což má vliv na spotřebu základního zboží. Nedostatek zdravotnické péče částečně nahrazují místní a nevládní organizace a tradiční systém výměny členů rodiny (viz. kapitola 6.2.3).

Dostupnost velmi účinné antiretrovirální léčby byla v zemích s nízkými příjmy velmi malá. To se však po zavedení diferencovaných cenových programů začíná měnit. Na počátku roku 2000 představovaly roční náklady na léčbu na jednoho infikovaného člověka 10 000 - 12 000 amerických dolarů. Na konci roku 2001 se však cena pro některé země snížila až na 350 dolarů na osobu za rok. Tyto ceny umožní léčbu mnoha lidem, kteří by si to původně nemohli dovolit. Nicméně země s nízkými příjmy a velkým rozšířením HIV nemají přesto dostatek vlastních zdrojů na rozšíření léčby pro všechny, kteří ji potřebují (viz. kapitola 4.3, tabulka č. 2). Mezinárodní společenství uznalo, že tyto země potřebují dárce, aby se dokázaly vypořádat s náklady na prevenci a léčbu HIV/AIDS. V roce 2001 činily roční výdaje na HIV/AIDS v zemích s nízkými a středními příjmy 1,8 miliard dolarů, o rok později bylo potřeba již 3,2 miliard. Odhaduje se, že v roce 2005 bylo zapotřebí 4,8 miliard dolarů na prevenci HIV/AIDS, 4,4 miliard na péči a podporu a 2,2 miliard na antiretrovirální léčbu.

6.6.4 Zdraví jako investice do lidského kapitálu

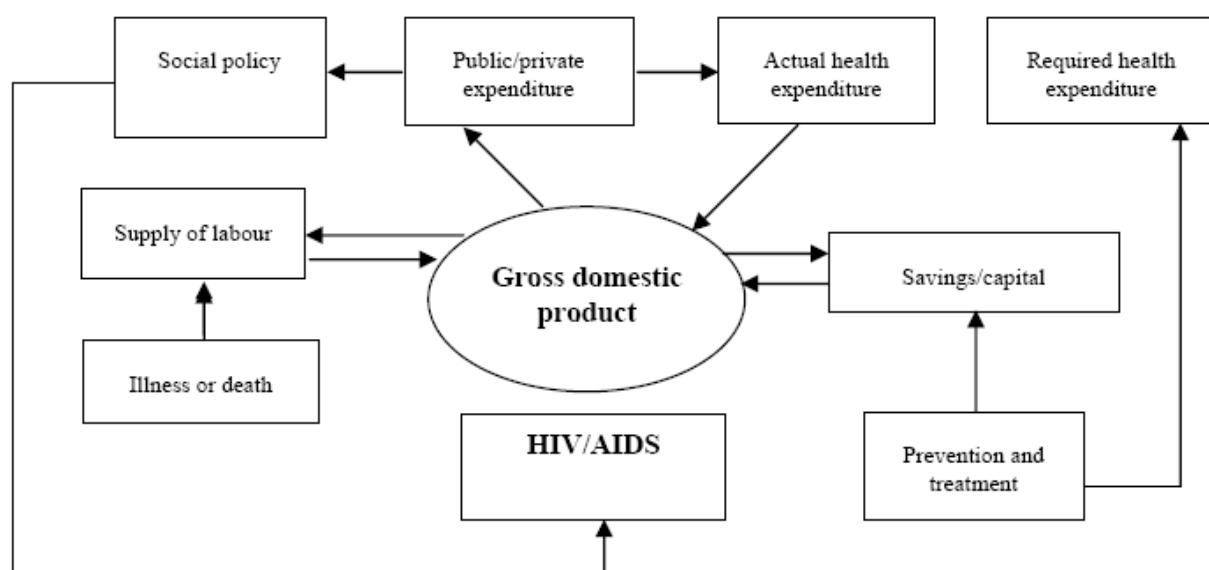
Investice do lidského kapitálu je jedním z nejdůležitějších aspektů rozvoje a ekonomického růstu. Společně se vzděláním je dobrý zdravotní stav součástí lidského kapitálu a je základní složkou produktivní populace. Vzdělání přidává lidskému kapitálu hodnotu, zatímco zdravotnický sektor jej uchovává. V zemích s vysokou prevalencí HIV/AIDS je vysoká úmrtnost obyvatel, hlavně v produktivním věku, což snižuje návratnost investic do lidských zdrojů. Zvýšení prostředků na boj proti AIDS však často vede ke snížení prostředků na jiné problémy, jako například podvýživa, malárie, tuberkulóza a další. Přerozdělování omezených zdrojů tak může ohrozit zdravotní stav celé populace, což má za následek zpomalení hospodářského růstu.

6.7 Dopad HIV/AIDS na ekonomický růst

Vývoj je komplexní, ekonomický, sociální, kulturní a politický proces, jehož cílem je neustálé zlepšování blaha populace a všech osob na základě jejich aktivní, svobodné a smysluplné účasti. Ekonomický růst je pouze součástí rozvoje a není tak jeho dostatečným měřítkem. K pochopení dopadu HIV/AIDS na vývoj je nutné použít i jiné než pouze tradiční makroekonomické ukazatele. Od počátku výskytu pandemie HIV/AIDS byly obavy z jejího dopadu na ekonomiku. Mnoho lidí se domnívá, že HIV/AIDS je zodpovědný za zpomalování tempa růstu hrubého domácího produktu v těžce zasažených zemích. Odhadují, že HDP by mohlo klesnout o více jak 1 % na každých 10 % prevalence HIV v zemi. Jiní se domnívají, že HIV/AIDS má dosud malé makroekonomické dopady. Je velmi těžké odhadnout vliv pandemie na ekonomiku, neboť existuje mnoho jiných faktorů, které působí na výkonnost ekonomiky zároveň. Státy s největším rozšířením HIV se musí mimo jiné potýkat s občanskými válkami, suchem a dalšími chorobami, které sužují zemi a zpomalují hospodářský růst. Navíc všechny tyto faktory působí současně, a je proto těžké vyčíslit dopady jednotlivých činitelů na hospodářství.

Vlivů pandemie HIV/AIDS na ekonomiku je mnoho. Jedním z nich je zpomalení nebo zastavení růstu nabídky práce. Rozsah ekonomického dopadu AIDS závisí na odvětví hospodářství, dále zda postihne kvalifikované pracovníky, kteří se dají těžko nahradit, nebo zda je na

trhu práce přebytek pracovních sil. HIV/AIDS má dopad také na úspory a investice domácností, které jsou v důsledku zdravotních výdajů sníženy. Pokud se dětem nedostává vzdělání, lékařské péče a trpí podvýživou, znamená to budoucí pokles ekonomického růstu. Pandemie má dále vliv na celkové investice. Pokud domácí i zahraniční investoři považují stát s vysokou prevalencí HIV za nestabilní a míra návratnosti investic je malá, nebudou v dané zemi investovat. AIDS může v nejvíce postižených státech prohloubit chudobu, snížit tempo růstu příjmů a přivést mnoho rodin do nouze. Pandemie AIDS snižuje velikost populace v produktivním věku, čímž snižuje celkovou produkci, což může vést k zhoršení míry závislosti na pomoci od ostatních států. Mění se také struktura pracovní síly. Do práce se zapojují děti a starší lidé, snižuje se míra vzdělání, zkušeností a dovedností pracovníků a následkem toho se snižuje produktivita práce. Vzhledem k tomu, že HIV/AIDS má vliv na úbytek obyvatel, jeho dopad na HDP na obyvatele je menší než na celkovou produkci.



Obrázek 28: Konceptní rámec dopadů HIV/AIDS na ekonomiku

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Karl Theodore v roce 2001 sestavil schéma dopadů pandemie HIV/AIDS na ekonomiku (viz. obrázek č. 28). Rozlišil čtyři různé kanály, kterými má AIDS vliv na ekonomiku. Prvním je produkční kanál, který představuje mechanismus, kterým AIDS ovlivňuje hlavní výrobní fak-

tory práci a kapitál. Ztráta práce nebo kapitálu způsobí zastavení výrobního procesu, což může vést k poklesu hrubého domácího produktu. Druhou cestou, kterou může AIDS ovlivnit ekonomiku, je alokační kanál. Jednou z nejdůležitějších funkcí ekonomického systému je zajistit efektivní alokaci zdrojů. HIV/AIDS přesměruje některé tyto zdroje do zdravotnictví a zabráni tak jejich efektivnímu využití. Třetí způsob je kanál distribuční, konkrétně rozdělení příjmů. Pandemie AIDS zvyšuje náklady na lékařskou péči a snižuje příjmy domácností. Nejvíce oslabuje nejnižší příjmové skupiny. Zatímco bohatší vrstvy mají jiná aktiva, jako jsou úspory, půda a kapitál, jediným příjmem chudých je jejich práce, kterou pandemie postihuje. Majetnější vrstvy jsou sice také zasaženy AIDS, ale mohou si dovolit nákladnou léčbu. HIV/AIDS má tedy schopnost ovlivnit všechny skupiny a navíc prohlubuje propast mezi jednotlivými společenskými vrstvami. Poslední cestou je regenerační kanál. Týká se investic do lidského kapitálu, fyzického kapitálu a nových technologií, které jsou potřebné k udržení ekonomického růstu. Tím, že AIDS snižuje úspory a lidský kapitál, podkopává proces ekonomického rozvoje.

Dixon, McDonald a Roberts, Cornia a Zagonari posoudili v roce 2002 studie zabývající se vlivem HIV/AIDS na růst HDP a HDP na obyvatele v Africe. Podle pánů Dixona, McDonaalda a Robertse závěrem těchto studií je, že dopad HIV/AIDS na HDP na obyvatele bude negativní a bude mít dramatické důsledky. Podle novějších odhadů snížila pandemie AIDS v Africe národní průměr růstu HDP o 2-4 % ročně. Dopad AIDS na HDP na obyvatele je menší, ve střednědobém horizontu 10-15 let se pohybuje od výrazně negativních hodnot, přes zanedbatelné, až dokonce k pozitivním dopadům. Výsledky studií jsou shrnuty v tabulce č. 18.

Tabulka 18: Výsledky studií makroekonomických dopadů HIV/AIDS v Africe

Studie	Země a časové období ekonomických dat	Časové období použitých dat	Růst HDP v porovnání se situací bez existence HIV/AIDS	Růst HDP na obyvatele v porovnání se situací bez existence HIV/AIDS
Dixon, McDonald a Roberts (2001)	41 zemí (1960-1998)	Pozdní rok 1990	Tempo růstu HDP se snížilo o 2-4 % ročně; do značné míry se liší v jednotlivých zemích podle prevalence HIV	
Světová banka (2001b)	Svazijsko	Začátek roku 1990	Průměrné roční tempo růstu HDP v průběhu let 1991-2015 se sníží o 1,3%	Průměrné roční tempo růstu HDP na obyvatele se v průběhu let 1991-2015 zvýší o 0,2%
Světová banka (2001a)	Namibie	Začátek roku 1990	Průměrné roční tempo růstu HDP v letech 1991-2015 se sníží o 0,8%	Průměrné roční tempo růstu HDP na obyvatele v průběhu let 1999-2015 bude o 0,1% vyšší
Světová banka (2000)	Lesotho	Začátek roku 1990	Průměrné roční tempo růstu HDP v letech 1999-2015 poklesne o 1,4%	Průměrné roční tempo růstu HDP na obyvatele v průběhu let 1999-2015 se sníží o 0,3%
Bonnel (2000)	50 zemí (1990-1997)	Polovina roku 1990		Tempo růstu HDP na obyvatele v Africe se sníží o 0,7% ročně v 90. letech (o 1,2% v zemích s 20% prevalence HIV)
Quattek a Fourie (2000)	Jihoafrická republika	Polovina roku 1990	Průměrná míra růstu HDP v průběhu příštích 15-ti let bude ročně o 0,3-0,4% nižší	

Arndt a Lewis (2000)	Jihoafrická republika	-	Roční míra růstu HDP se snížila v 90. letech přibližně o 0,5%, během období 2008-2010 se očekává nárůst na 2,5-2,6%	HDP na hlavu bude v roce 2010 o 8% nižší než za nepřítomnosti HIV/AIDS; pandemie sníží průměrné roční tempo růstu HDP o 0,7% během let 1997-2010
Greener, Jefferis a Sifambe (2001)	Botswana	Pozdní rok 1990	Během období 1996-2021 se roční tempo růstu HDP sníží o 1,1-2,1%, s největší pravděpodobností konkrétně o 1,5%	Roční míra růstu HDP na obyvatele se pohybovala v rozmezí o 0,6% nižší a 0,4% vyšší než bez existence HIV/AIDS; nejpravděpodobněji byla o 0,1% nižší
BIDPA (2000a)	Botswana	Pozdní rok 1990	Průměrné tempo růstu HDP v letech 2000-2010 se sníží ročně o 1,5%	
Bloom a Mahal (1995)	51 zemí (1980-1992)	Začátek roku 1990	Statisticky nevýznamný vliv na růst příjmů	
Cuddington a Hancock (1994)	Malawi	Začátek roku 1990	Průměrné tempo růstu HDP v letech 1985-2010 se sníží až o 1,5% ročně	Průměrný růst HDP na osobu se sníží až o 0,3% ročně
Cuddington (1993a, 1993b)	Tanzanie	Začátek roku 1990	Průměrné roční tempo růstu HDP se v letech 1985-2010 sníží až o 1,1%	Průměrný roční růst se sníží až o 0,5%
Kambou, Deva- rajan a Over (1992)	Kamerun	-	Tempo růstu HDP v průběhu let 1986-1991 se snížilo o 1,9% ročně	

Over (1992)	30 zemí v subsaharské Afri- ce	Začátek roku 1990	Průměrné roční tempo růstu HDP v průběhu let 1990- 2025 se sníží v průměru o 0,9% (o 1,5% u 10 nejhůře postižených zemí)	Průměrné roční tempo růstu HDP na obyvatele se sníží o 0,15% ročně (až o 0,6% u 10 nejhůře postižených zemí)
-------------	--------------------------------------	-------------------	--	--

Zdroj: The Impact of AIDS, 2004

Podle Cuddingtonových a Hancockových studií se v průběhu let 1985-2010 sníží růst HDP důsledkem HIV/AIDS v Malawi o 1,5 % a v Tanzanii o 1,1 %. Za předpokladu, že by náklady na léčbu AIDS byly financovány pouze z úspor, pak by infekce snížila roční tempo růstu HDP na obyvatele o 0,3 % v Malawi a o 0,1 % v Tanzanii.

Vědci Kambou, Devarajan a Over zjistili, že ztráta městských pracovníků způsobí během pětiletého období 7 krát horší negativní dopad na produkci než ztráta venkovských pracovníků. V oborech jako jsou služby, stavebnictví nebo kapitálové statky způsobí ztráta zkušených zaměstnanců z městských oblastí 100 krát větší negativní dopad.

Over se dále zabýval makroekonomickými dopady AIDS na rozvoj ve 30-ti afrických státech v letech 1990-2025. Ve studii použil modely rozdělující zaměstnance do tří pracovních skupin podle vzdělání a zaměřil se na rozdíly mezi městskou a venkovskou produkcí. Makroekonomické dopady se liší v závislosti na prevalenci HIV mezi vzdělanými pracovníky a méně kvalifikovanými pracovníky a na výši léčebných výloh, které jsou hrazeny z úspor. Over ve studii předpokládal, že 50 % nákladů na léčbu bude hrazeno z úspor a že každá skupina zaměstnanců s určitou úrovní vzdělání nese dvojnásobné riziko než skupina na nižší úrovni. Pak se dopad HIV/AIDS na roční tempo růstu HDP na obyvatele projeví v poklesu o 0,15 %. V deseti zemích s největším rozšířením HIV poklesne míra růstu HDP na obyvatele o 0,34 % ročně. Pokud by veškeré náklady na léčbu byly financovány z úspor, pak by míra růstu v těchto deseti zemích klesla o 0,6 %.

Bonnel se zabýval vztahy mezi hospodářským růstem, politikou, institucionálními proměnnými a HIV/AIDS. Předpokládá, že pokud by se v subsaharské Africe nevyskytoval AIDS,

bylo by roční tempo růstu HDP na obyvatele v zemích s prevalencí HIV 20 % v letech 1990-1997 o 1,2 % vyšší.

Studie Světové banky ve Svazijsku odhaduje, že pandemie HIV/AIDS nejvíce zasáhne odvětví zemědělství, výroby a distribuce, které dohromady tvoří více jak 60 % přidané hodnoty národního hospodářství. Zároveň tvrdí, že v letech 1991-2015 nebude mít žádný vliv na růst HDP na obyvatele.

Greener, Jefferis a Siphambe v analýze ekonomických dopadů HIV/AIDS v Botswaně došli k závěrům, že i když bude růst HDP na osobu během období 1996-2021 infekcí jen částečně ovlivněn, zdravotnický systém bude pandemií AIDS ochromen a infikovaní virem HIV vytlačí pacienty s jiným onemocněním. Dojde ke zvýšení chudoby, která se bude stále více prohlubovat. Rozdíl mezi drastickými dopady AIDS na zdravotnictví a domácnosti a poměrně nepatrnými dopady na makroekonomiku Botswany lze vysvětlit tím, že výkonnost její ekonomiky a vládní příjmy jsou velmi závislé na diamantovém průmyslu, jehož příjmy pandemie příliš neovlivňuje. Většinu následků AIDS ponесou domácnosti, kterým během let 1996-2021 poklesnou příjmy až o 8-12 % na osobu.

Někteří analytici tvrdí, že jiné faktory, které mají vliv na ekonomický růst, mohou mít přinejmenším stejně velké ekonomické dopady jako pandemie HIV/AIDS. Například Greener uvádí, že snížení míry růstu HDP o 0,5-2,6 %, což je rozmezí, ve kterém se podle většiny studií odhaduje dopad AIDS na hospodářský růst, mohou zapříčinit faktory, jako jsou špatná hospodářská správa a špatná fiskální politika. To znamená, že makroekonomický dopad AIDS může být podstatně snížen správnými politickými intervencemi. Avšak faktory jako jsou špatné ekonomické řízení, válka nebo sucho situaci naopak ještě zhoršují, a je proto obtížné zahájit účinnou reakci na hrozbu, jakou představuje AIDS. Mnoho analýz nebere v úvahu vliv HIV/AIDS na pokles zahraničních investic a odliv domácího kapitálu. Haacker tvrdí, že opomíjení vlivu investic způsobuje podhodnocení negativního dopadu pandemie na makroekonomiku. Řada vědců také prohlašuje, že analýzy makroekonomických dopadů nezohledňují účinky pandemie na lidský kapitál a sociální sítě, což vede k optimistickému hodnocení očekávaného dopadu AIDS. AIDS nejenom ničí lidský kapitál tím, že zabíjí mladé lidi v produktivním věku, ale navíc narušuje mechanismus předávání znalostí a zkušeností z jedné generace na druhou. Žádná z analýz nebere plně v úvahu narušení sítí a informačních kanálů, které jsou základem specializace práce a zachování sociálního kapitálu.

Při interpretaci odhadů je třeba mít na paměti, že ekonomické prognózování není exaktní věda. Mnoho ekonomů přidává ke studiím varovné poznámky o spolehlivosti analytických výsledků. Projevem této nejistoty je skutečnost, že analytici se mohou podstatně lišit v závěrech o dopadech HIV/AIDS na konkrétní ekonomiku v důsledku použití jiných předpokladů.

Hrubý domácí produkt není jediným měřítkem veřejného blaha. Tradiční makroekonomické ukazatele nevypovídají o rozdělení příjmů ani o rozsahu a vývoji chudoby. Pro zkoumání veřejného blaha a dopadů HIV/AIDS na něj se používá index lidského rozvoje, který byl vyvinut v 90. letech podle Rozvojového programu Organizace spojených národů. AIDS ovlivňuje index přes očekávanou délku života, která je jeho součástí. Jiným přístupem je snaha zahrnout do ukazatele ekonomickou hodnotu zdraví jako aspekt ekonomického blahobytu. Jamison, Sachs a Wang se pokusili ohodnotit vliv úmrtí v subsaharské Africe na blahobyt. Prvním krokem je odhadnout peněžní hodnotu prodloužení délky života pro společnost a použít toto ohodnocení pro odvození obecnějšího měřítka vývoje ekonomické prosperity, které by zahrnovalo vývoj úmrtnosti a HDP na osobu. Empirické posouzení ochoty společnosti zaplatit za oddálení smrti se pohybuje v rozmezí 75-180 krát hodnoty HDP na osobu. Z toho vyplývá, že vývoj HDP může být měřen ve vztahu ke změnám úmrtnosti. Odhady v pěti těžce zasažených zemích v Africe (Botswana, Keňa, Malawi, Zambie a Zimbabwe) ukazují, že mezi lety 1960 a 1985, kdy úmrtnost klesala, zvýšil vliv nižší mortality hodnotu blahobytu, která se pohybovala o 1,7-2,7 % nad hodnotou HDP na osobu. Během let 1985-2000 se však následkem AIDS zvýšila míra úmrtí, která snížila složený ukazatel HDP/úmrtí, který měří ekonomický blahobyt, o 5-8 % ročně. Crafts a Haacker použili obdobný přístup vyjádření ekonomické hodnoty ztráty očekávané délky života následkem AIDS, která je zahrnuta jako podíl HDP. V zemích s prevalencí HIV nad 10 % je odhadovaná ztráta blahobytu způsobená vyšší úmrtností přes 40 % HDP, v Botswaně ztráta blahobytu dosáhla dokonce 80 % HDP. Přímý dopad HIV/AIDS na blahobyt měřený podle mortality výrazně převyšuje i ty nejhorší prognózy dopadů AIDS na HDP na osobu.

Přestože se výsledky jednotlivých analýz dopadů HIV/AIDS na ekonomiku liší, neznamená to, že neexistuje reálné nebezpečí následků AIDS, které se mohou teprve projevit. Nesnadnost měření dopadů AIDS není důvodem k menší opatrnosti. Je nutné, aby si politici uvědomili, že HIV/AIDS může mít výrazné dopady na výkonnost ekonomiky a státní rozpočet.

7 Boj proti HIV/AIDS

Přestože pandemie HIV/AIDS má dalekosáhlé dopady na celou společnost, existuje několik cest, jak zmírnit její negativní vlivy. Hlavním cílem boje proti HIV/AIDS je dosáhnout všeobecného přístupu k prevenci, léčbě a podpoře pro všechny obyvatele naší planety.

7.1 Zabránit novým infekcím

Nejúčinnější odezvou na pandemii AIDS je podpora programů na snížení počtu nově infikovaných virem HIV. Aby byly tyto programy efektivní, měly by informovat a vzdělávat obyvatele, poskytnout jim alespoň základní informace o viru HIV a onemocnění AIDS, o prevenci, možnostech přenosu viru, rizikovém chování a způsobech léčby. Dále by tyto programy měly zahrnovat dobrovolné poradenství a testování, distribuci kondomů a rozšíření a zkvalitnění služeb pro prevenci a léčbu sexuálně přenosných chorob. Programy by se také měly zaměřit na ochranu lidských práv a zamezení stigmatizace a diskriminace HIV pozitivních a jejich rodin.

7.2 Uzpůsobit rozvojové projekty

Některé významné rozvojové činnosti mohou neúmyslně podporovat šíření infekce HIV. Velké stavební projekty obvykle vyžadují velký počet pracovníků, kteří žijí po dlouhou dobu daleko od své rodiny, což vede k nárůstu počtu sexuálních partnerů a placenému pohlavnímu styku. Velmi rizikové je hornictví nebo práce v přístavech. Například projekt Světové banky na výstavbu plynovodu v Kamerunu byl kvůli pandemii AIDS nově upraven. Nedaleko stavby byla vytvořena speciální vesnice, kde mohli zaměstnanci žít spolu se svými rodinami. Tato opatření by měla být vytvořena již na počátku velkých projektů, aby se zabránilo šíření pandemie.

7.3 Programy pro řešení konkrétních problémů

Dále by se měla věnovat zvýšená pozornost nejzávažnějším problémům způsobeným HIV/AIDS. Dopady pandemie by mohly být zmírněny speciálními programy. Například snížení školného by pomohlo dětem z chudých rodin a sirotkům, čímž by se zvýšila úroveň vzdělání a následně pracovní síly. Přestože firmy kvůli AIDS ztrácejí kvalifikované zaměstnance, daňové výhody nebo jiné pobídky k výcviku nových pracovníků je mohou motivovat k udržení produktivity práce.

7.4 Zmírnění následků AIDS na chudobu

Chudým domácnostem, na které má HIV/AIDS největší vliv, by mohly pomoci veřejně financované programy zaměřené na nejhorší následky pandemie. Tyto programy by měly obsahovat péči o HIV pozitivního člena domácnosti, aby další členové nemuseli opustit své zaměstnání nebo přerušit školu. Dále by měly dodávat základní potřeby pro domácnost, zajistit dostatek potravin, ulehčit od výdajů na vzdělání a poskytnout pěstounskou péči pro sirotky. Tyto programy mohou pomoci rodinám, které jsou již chudé nebo se následkem zvýšených nákladů ocitly v nouzi, a hlavně dětem, které přišly kvůli AIDS o rodiče.

7.5 Podpora vlády

V boji proti HIV/AIDS je rozhodující silný politický závazek. Nejdůležitějším úkolem vlády je zajistit otevřené a příznivé prostředí pro úspěšné a efektivní programy boje proti pandemii HIV/AIDS. Největší úspěch byl zaznamenán v Senegalu a Kamerunu, kde se do úsilí značně zapojuje stát. Podpora vlády je důležitá z několika důvodů. Zaprvé vláda může ovlivnit postoj k pandemii a zamezit tak diskriminaci a stigmatizaci, které brzdí prevenci HIV/AIDS. Za druhé boj proti AIDS se stává národní prioritou. Za třetí je signálem pro jednotlivce a organizace zapojených do potlačení choroby, že jejich úsilí je oceňováno. A v neposlední řadě je tak zajištěno financování ze strany státu a finanční podpora od mezinárodních dárců.

Do boje proti HIV/AIDS se zapojuje řada států a mezinárodních organizací. Příkladem společné pomoci rozvojovým zemím jsou již zmíněné miléniové cíle (viz. kapitola č. 3). Pravděpodobně neznámější organizací bojující proti HIV/AIDS je Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS spojuje úsilí a zdroje z deseti organizací Spojených národů. Jejím posláním je předcházet nákaze virem HIV, starat se o HIV pozitivní a snažit se zmírnit dopady pandemie AIDS.

8 Závěr

Pandemie HIV/AIDS je nejsmrtelnější chorobou naší doby. Doposud zabila více jak 25 milionů lidí a přes 33 milionů osob z celé světové populace je infikováno virem HIV. I kdyby se dnes podařilo vynalézt vakcínu proti HIV, stále by zemřelo přes 30 milionů lidí na AIDS. V mnoha zemích v Africe, obzvláště v těch nejvíce zasažených jako je Botswana, Svazijsko nebo Zimbabwe, se virus HIV rychle šíří a zanechává po sobě nemoc, smrt, chudobu a utrpení. Pandemie ovlivňuje všechny aspekty lidského života. Zatěžuje jednotlivce, rodiny, obce i národy. V mnoha zemích, obzvláště na africkém kontinentu, virus podkopává osobní ambice jednotlivce, ničí rodinný blahobyt a brzdí národní rozvoj. Pandemie ohrožuje také dosažení rozvojových cílů tisíciletí.

Dopady AIDS se již projevily v zemích s nejvyšší mírou prevalence HIV. AIDS má značný vliv na úmrtnost, velikost a růst populace v těchto zemích. Jednou z nejvíce postižených zemí je Botswana, kde každý třetí dospělý jedinec je infikován virem HIV a kde pandemie zapříčinila pokles očekávané délky života z 65-ti na 40 let. V důsledku AIDS byl v Botswaně zaznamenán značný pokles populace.

HIV/AIDS není jenom demografickou pohromou, pandemie má důsledky na každé odvětví společnosti. AIDS ovlivňuje zemědělství, zdravotnictví, školství, podnikání i hospodářský rozvoj země.

Zátěž této choroby pro rodiny a domácnosti je ohromná. Rodina obvykle přijde o člena rodiny v produktivním věku, který je navíc často živitelem rodiny a zanechá po sobě opuštěnou rodinu, infikovanou manželku a osiřelé děti. Během dlouhého období nemoci ztráta příjmů domácnosti a náklady na léčbu uvrhnou rodinu do chudoby. Stigma nemoci nese nejen nemocný člen rodiny, ale celá domácnost, a to i po smrti nakaženého. Smrt rodičů obvykle způsobí rozpad rodiny a děti jsou v lepším případě poslány k příbuzným.

V odvětví zemědělství má AIDS vliv na ztrátu pracovníků a tím na produkci potravin. Kvůli pandemii tak vzniká potravinová nejistota. Snižuje se různorodost pěstovaných plodin a lidé trpí podvýživou.

Stejně tak jako na zemědělské společnosti má HIV/AIDS vliv i na ostatní podniky, kde úbytek zaměstnanců následkem nemoci a úmrtí na AIDS způsobí pokles produktivity. Infikovaní pracovníci jsou méně výkonní a zvyšují náklady společnosti v podobě léčebných výdajů a nákladů na nábor a výcvik nových zaměstnanců. HIV/AIDS má větší dopad na firmu, pokud postihne kvalifikované a těžko nahraditelné pracovníky. Snížená konkurenceschopnost zapříčiněná AIDS může přivodit ukončení podnikatelské činnosti.

HIV/AIDS ohrožuje také výchovu dalších generací. Snižuje prostředky a podněty k investování do lidského kapitálu. Příští generace budou méně vzdělané a v horším zdravotním stavu. Po projevení infekce v domácnosti jsou děti často odebrány ze školy, aby se mohly starat o nemocného nebo vykonávat výdělečnou činnost. Nejvíce znevýhodnění ve vzdělávání jsou oboustranní sirotci. Zasažení HIV/AIDS jsou i zkušené učitelé, následkem čehož klesá kvalita vzdělávání.

Zdravotní péče byla v mnoha zemích nedostatečná ještě před výskytem pandemie HIV/AIDS. Rostoucí poptávka po léčbě AIDS a oportunních infekcí zvyšuje náklady zdravotnictví a ohrožuje životaschopnost celého zdravotnického systému.

Podle mého názoru se povedlo prokázat, že ekonomické dopady HIV/AIDS v zemích subsaharské Afriky jsou velmi zásadní, v mnoha případech fatální. Pro dosažení lepšího stavu je nezbytné zapojit celou společnost. Problém nepředstavuje enormní nebezpečí jen pro země s vysokou prevalencí AIDS, ale dotýká se nás všech, ať už si to uvědomujeme či nikoli.

Cesta ke zlepšení situace je nepochybně složitá a vyžaduje obrovské úsilí jednotlivců i organizací, nicméně se podařilo v práci prokázat, že existují způsoby, kterými jich lze dosáhnout. A na tyto možnosti je nutné se do budoucna zaměřit.

Závěrem bych chtěla popřát mnoho úspěchů v boji proti AIDS osobám, které tato choroba naneštěstí zasáhla a vyzvat celou společnost, aby svou iniciativou přispěla k dosažení cílů tisíciletí a pomohla bojovat proti této nemoci a jejím dopadům.

Bibliografie

1. *ABZ slovník cizích slov* [online]. [cit. 2009-04-18]. Dostupný z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>>
2. BusinessInfo.cz *Program rozvojové spolupráce mezi ČR a Zambií na období 2006-2010* [online]. 2007, [cit. 2009-03-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/zambie/rozvojova-spoluprace-cr-zambie-06-10/1001502/45835/>>
3. DALY, K. *THE BUSINESS RESPONSE TO HIV/AIDS: Impact and lessons learned* [online]. UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, PWBLF - The Prince of Wales Business Leaders Forum, the Global Business Council on HIV&AIDS, 2000, ISBN: 92-9173-006-8. [cit. 2009-04-24]. Dostupný z WWW: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/jc445-businessresp_en.pdf>
4. FREI, J. *Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou HIV/AIDS* [online]. Vysoká škola v Plzni [cit. 2009-03-11]. Dostupný z WWW: <<http://zdravotnictvi.info.sweb.cz/vyuka/vss%203%2007/ose%20pece%20o%20p%20s%20dg%20hiv.pdf>>
5. International Labour Organization *HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response* [online]. 2004, ISBN 92-2-115824-1. [cit. 2009-04-22]. Dostupný z WWW: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/global_est/global_estimates_report.pdf>
6. Jeden svět nestačí, Rozvojová pomoc *Afrika ztráta imunity* [online]. [cit. 2009-01-20]. Dostupný z WWW: <http://www.jedensvetnaskolach.cz/download/pdf/jsnsfilmpdfquestions_26.pdf>
7. JENÍČEK, V., FOLTÝN, J. *Globální problémy a světová ekonomika*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. ISBN 80-7179-795-2.

8. KAŠOVÁ, K., DVOŘÁČEK, J. a MOJŽÍŠOVÁ, A. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky* [online]. 2002-2003, [cit. 2009-01-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.clovekvtsni.cz/download/pdf/29.pdf>>
9. Kolektiv autorů a konzultantů *Slovník cizích slov*. 2.vyd. Praha: Encyklopedický dům, 1996. ISBN 80-90-1647-8-1.
10. STOVER, J., BOLLINGER, L. *The Economic Impact of AIDS* [online]. [cit. 2009-05-2]. Dostupný z WWW: <http://www.policyproject.com/pubs/SEImpact/SEImpact_Africa.pdf>
11. UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS *AIDS in Africa Country by country* [online]. 2000, [cit. 2009-04-22]. Dostupný z WWW: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/AIDSAfrica2000_en.pdf>
12. UNAIDS – Uniting the World against AIDS *AIDS in Sub-Saharan Africa* [online]. 2006, [cit. 2009-02-27]. Dostupný z WWW: <http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/SubSaharanAfrica.asp>
13. UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNDP – United Nations Development Programme *Mainstreaming AIDS in Development Instruments and Processes at the National Level* [online]. 2005, ISBN 92 9 173462 4. [cit. 2009-04-24]. Dostupný z WWW: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/mainstreaming_aids%20in_dev_instr_rep_28nov05_en.pdf>
14. United Nations Economic Commission for Africa *Economic Report on Africa 2007* [online]. 2007, ISBN13: 978-92-1-125104-3. [cit. 2009-04-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.uneca.org/era2007/>>
15. VALEŠOVÁ, J. *Problematika zaostalosti zemí subsaharské Afriky se zvláštním zřetelem na země v oblasti Velkých jezer*. Praha: Vysoká škola ekonomická. Fakulta mezinárodních vztahů. 2008. 77 s., 3 s. příloh. Vedoucí diplomové práce: Prof. Ing. Vladimír Jeníček, DrSc.

16. WHO *Malaria and HIV Interactions and Their Implications for Public Health Policy* 2005 [online]. Geneva, Switzerland. ISBN 92-4-154694-8 [cit. 2009-03-20]. Dostupný z WWW: <http://www.who.int/malaria/malaria_HIV/MalariaHIVinteractions_report.pdf>
17. WHO *World Health Report 2008* [online]. ISBN 978 92 4 156373 4 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf>

Citace

1. CONNOR, S., KINGMANNOVÁ, S. *AIDS – ztracená imunita*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1991. ISBN 80-7038-209-0 : 37.00.
2. Česká společnost AIDS pomoc *Imunitní systém* [online]. 2007-2009, [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_imunitni_system.htm>
3. Česká společnost AIDS pomoc *Jak funguje HIV* [online]. 2007-2009, [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_fungovani_hiv.htm>
4. Česká společnost AIDS pomoc *Prevence a léčba* [online]. 2007-2009, [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_prevence_lecba.htm>
5. Česká společnost AIDS pomoc *Přenos HIV infekce* [online]. 2007-2009, [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm>
6. Česká společnost AIDS pomoc *Příznaky HIV infekce* [online]. 2007-2009, [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_priznaky_hiv.htm>
7. Česká společnost AIDS pomoc *Původ HIV* [online]. 2007-2009, [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_puvod_hiv.htm>
8. KAŠOVÁ, K. *AIDS otázky a odpovědi* [online]. Člověk v tísní [cit. 2009-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.clovekvtisni.cz/download/pdf/28.pdf>>
9. KRASNEY, J. *Nejlepší přítel pandemie HIV/AIDS? Hlad* [online]. 2008, Člověk v tísní. [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.clovekvtisni.cz/index2.php?id=623&idArt=909>>
10. *Politické problémy rozvojových zemí* [online]. [cit. 2009-03-20]. Dostupný z WWW: <<http://rozvojovky.vse.cz/index.php>>
11. UNAIDS *Report on the global AIDS epidemic 08* [online]. 2008, ISBN 978 92 9 173711 6. [cit. 2009-04-11]. Dostupný z WWW: <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1510_2008GlobalReport_en.zip>

12. UNAIDS/WHO *AIDS Epidemic Update: December 2007* [online]. 2007, Geneva, Switzerland. ISBN 978 92 9 173621 8. [cit. 2009-04-11]. Dostupný z WWW: <http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf>
13. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division *The Impact of AIDS* [online]. 2004, [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/AIDSWebAnnounce.htm>>
14. WHO *HIV/AIDS treatment: antiretroviral therapy* [online]. 2003, [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0603e.pdf>>
15. Wikipedie – otevřená encyklopedie *AIDS* [online]. 2009, [cit. 2009-03-20]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/AIDS>>
16. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Burkina Faso* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Burkina_Faso>
17. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Burundi* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Burundi>>
18. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Demokratická republika Kongo* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Demokratick%C3%A1_republika_Kongo>
19. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Eritrea* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Eritrea>>
20. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Guinea* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Guinea>>
21. Wikipedie – otevřená encyklopedie *HIV* [online]. 2009, [cit. 2009-03-20]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/HIV>>
22. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Jihoafrická republika* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Jihoafrick%C3%A1_republika>

23. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Kamerun* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Kamerun>>
24. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Keňa* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ke%C5%88a>>
25. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Libérie* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Lib%C3%A9rie>>
26. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Malawi* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Malawi>>
27. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Mali* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Mali>>
28. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Mosambik* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Mosambik>>
29. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Namibie* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Namibie>>
30. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Nigérie* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Nig%C3%A9rie>>
31. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Senegal* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Senegal>>
32. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Subsaharská Afrika* [online]. 2009, [cit. 2009-03-20]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Subsaharsk%C3%A1_Afrika>
33. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Svazijsko* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Svazijsko>>
34. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Tanzanie* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Tanzanie>>
35. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Uganda* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Uganda>>

36. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Zambie* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Zambie>>
37. Wikipedie – otevřená encyklopedie *Zimbabwe* [online]. 2009, [cit. 2009-04-5]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Zimbabwe>>

Seznam příloh

1. Způsoby přenosu viru HIV
2. Popis viru HIV
3. Příznaky onemocnění AIDS
4. Situace v jednotlivých státech subsaharské Afriky

Přílohy

1 Způsoby přenosu viru HIV

Na začátku 80. let 20. století, kdy ještě nebyl zcela znám původ AIDS, se rizikové skupiny označovaly pod společným písmenem „h“, do kterého patřili homosexuálové, heroinoví narkomani, lehké holky, hemofilici a Haitťané⁶ [Connor, 1988]. Až později byl objeven virus HIV a jeho přenos z člověka na člověka. Mezi rizikové skupiny stále dnes patří homosexuálové, narkomani užívající drogy nitrožilně a prostitutky. V první polovině 80. let, kdy byl již objeven virus HIV, ale nebyl ještě dostupný test na zjištění přítomnosti viru v krvi, se onemocnění šířilo často díky krevním transfúzím, a to jak po Americe, tak i z Ameriky do Evropy. Onemocněly i malé děti a lidé si začali uvědomovat, že se nejedná pouze o nemoc homosexuálů, jak se dříve domnívali. Počet případů AIDS způsobených krevní transfúzí v Americe se zvýšil oproti roku 1982 ze 1,2 % (12 případů) na 2,1 % (172 případů) v roce 1985. Tento způsob přenosu byl typický pro AIDS u dětí. V roce 1985 byl počet dětí infikovaných transfúzemi 17 % (15 případů) a v dalších letech stále stoupal v důsledku nákazy před zavedením testování. Testování krevních dárců bylo zavedeno v roce 1985 v Americe a některých státech Evropy. První větší kontrola darované krve ve Francii v druhé polovině roku 1985 odhalila, že ze 1,5 milionu odběrů bylo 1000 HIV pozitivních. Do velmi ohrožené skupiny přenosu viru HIV krevními transfúzemi patřili hemofilici. Díky lékařskému pokroku v 70. letech již nemuseli hemofilici pravidelně navštěvovat nemocnici a mohli vést téměř normální život. Stačilo, když si pravidelně aplikovali faktor VIII, který je nezbytný pro srážení krve a který se získává z krve dárců. O deset let později se však zjistilo, že tento faktor s sebou přináší také smrt. Faktor VIII je totiž vyroben z krve 30 000 různých dárců, při čemž je velké riziko, že alespoň jeden z nich bude HIV pozitivní. Farmaceutické společnosti mohou na výrobu faktoru VIII použít pouze krevní plazmu, která se obnovuje rychleji než červené krvinky, a tak mohou dárce darovat krevní plazmu častěji. V USA bylo kontaminovaných faktorů VIII mnohem více než v Evropě, neboť americké společnosti dárcům za krevní plazmu platily a tím přilákaly hlavně rizikové skupiny, jako jsou narkomani, kteří potřebovali peníze na zakoupení drog. Ve Francii, Velké Británii, Japonsku a dalších zemích po celém světě lidé začali protestovat proti dovozu faktoru VIII z USA. Dnes již jsou všichni dárce krve testováni

⁶ Vědci se domnívali, že onemocnění AIDS je způsobeno africkým virem prasečí horečky, který v té době (1982) decimoval vepře na Haiti. Haitťané proto patřili mezi jednu rizikovou skupinu v souvislosti s AIDS.

a k přenosu viru HIV pomocí krevních transfúzí ve vyspělých zemích nedochází [Connor, 1988].

Mezi hlavní způsoby přenosu viru HIV tedy patří pohlavní styk, a to jak homosexuální, tak heterosexuální. K nejrizikovějším patří homosexuální receptivní anální styk. Možnost přenosu je i u orálního styku, i když riziko nákazy je malé. Byl dokonce zaznamenán případ, kdy byla žena infikována darovaným spermatem při umělém oplodnění.

Další způsob přenosu viru je krví, a to již zmíněnou krevní transfúzí nebo kontaminovanými injekčními jehlami. K přenosu může dojít i různými oděrkami na kůži při kontaktu s virem.

Posledním způsobem přenosu je přenos z matky na dítě, kdy je dítě infikováno v průběhu těhotenství, při porodu nebo při kojení. Pravděpodobnost nakažení dítěte je přibližně 50 %. Děti obvykle do dvou let od nákazy umírají. Lékaři se snaží tomuto přenosu zabránit.

Nejúčinnější ochrana před virem HIV a následným onemocněním AIDS je vyvarovat se pohlavního styku s rizikovými skupinami, popřípadě alespoň použít ochranu a sterilní injekční jehly. Mezinárodní organizace bojují za změnu v chování obyvatel, které by vedlo k bezpečnému sexu.

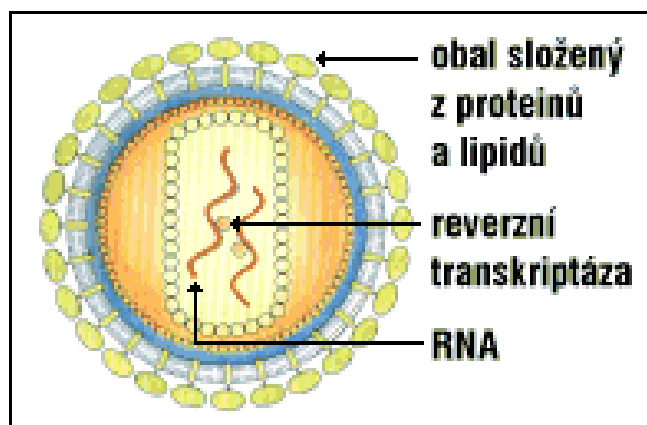
2 Popis viru HIV

Stejně jako ostatní viry i vir HIV se nemůže reprodukovat bez hostitele. Viry napadají buňky hostitele a vytvářejí vlastní kopie, čímž se množí a způsobují onemocnění. Vir HIV je na rozdíl od běžných virů, které způsobují například chřipku nebo žloutenku, velmi choulostivý a nevydrží dlouho bez hostitele. Je také poměrně obtížně přenosný. Člověk se nemůže jako u virů chřipky nakazit pouhým vdechnutím či dotykem. Nejčastěji se vir HIV přenáší pohlavním stykem.

Tento vir je výjimečný tím, že napadá pouze buňky obranného systému a ničí imunitní systém člověka, který pak není schopen bránit se před ostatními nemocemi. To je také jedno z velkých úskalí onemocnění AIDS. Lidé nakažení virem HIV nemají stejné příznaky, proto méně vzdělaní a neinformovaní lidé nevěří, že toto onemocnění vůbec existuje, popřípadě ho zaměňují s jinými nemocemi. Infikovaní lidé pak nejsou včas léčeni nebo po špatné diagnóze léčeni na jiné onemocnění například malárii. Vir HIV je nazýván lentivirem (tzv. pomalý vir), neboť samotná nemoc AIDS může propuknout až za několik let od nákazy.

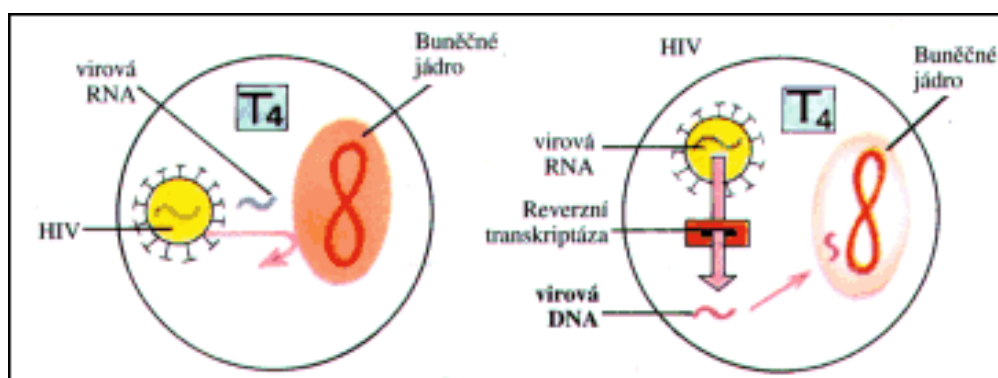
Vir HIV napadá buňky CD4 (neboli T4 lymfocyty), které řídí imunitní systém člověka. Genetický kód viru je zapsán v genech tvořených kyselinou ribonukleovou (RNA), na rozdíl od genetického kódu buněk, který je tvořen molekulami kyselinou deoxyribonukleovou (DNA). Složení viru HIV je zobrazeno na obrázku č. 1. Aby mohl vir HIV infikovat buňku CD4 musí transformovat svůj genetický kód RNA do kódu DNA⁷ (viz. obrázek č. 2). Poté co se vir začlení do genetického kódu buněk CD4, začne se množit a postupně ochromí imunitní systém člověka.

⁷ Pomocí zvláštního enzymu reverzní transkriptázy.



Obrázek 1: Složení viru HIV

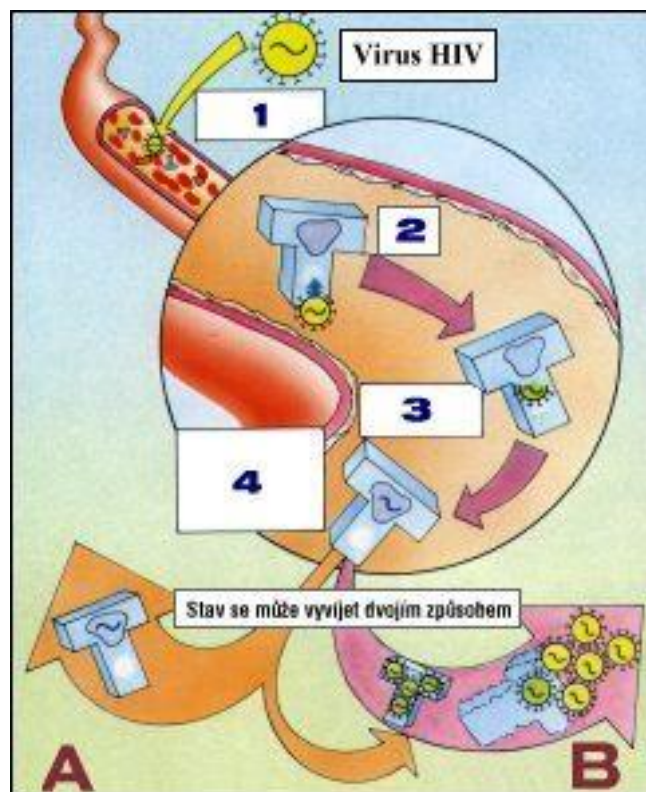
Zdroj: ČSAP



Obrázek 2: Začlenění genetického kódu viru HIV (RNA) do genetického kódu buňky CD4 (DNA)

Zdroj: ČSAP

Než se tak stane, může vir HIV zůstat po nějakou dobu (až deset let) v klidovém stádiu (viz. obrázek č. 3 - varianta A). U infikovaného člověka se neprojevují žádné příznaky, avšak může přenášet virus na ostatní. Pokud se stane vir aktivním (viz obrázek č. 3 – varianta B), začne se uvnitř buněk T4 lymfocytů množit, buňka se rozpadá a do krevního oběhu se uvolňuje velké množství virů, které infikují další buňky obranného systému člověka, a imunitní systém selhává. Místo, aby obranné buňky bojovaly s infekcí, naopak ji přenášejí. Poté se projeví příznaky onemocnění AIDS.



Obrázek 3: Jak vir HIV napadá imunitní systém

Zdroj: ČSAP

Popis obrázku č. 3:

1. virus se dostane do krevního oběhu,
 2. virus se fixuje na lymfocyt,
 3. stěna viru se otevírá a obnažuje virovou RNA,
 4. virová RNA se transkribuje na DNA, začleňuje se do jádra lymfocytu a stává se součástí genetického kódu buňky,
- A.** infikované CD4 buňky zůstávají v klidovém stadiu,
- B.** virus HIV se stává aktivním, propuká onemocnění AIDS.

3 Příznaky onemocnění AIDS

3.1 První fáze infekce

Po nákaze virem HIV se přibližně u 60-70 % lidí objeví mezi 2. - 6. týdnem od infikování příznaky podobné chřipce nebo mononukleóze. Toto stádium se nazývá primoinfekce neboli akutní primární HIV infekce. U zbylých 30-40 % infikovaných osob se neprojeví žádné příznaky nákazy. V krvi nakažených lidí se začnou vytvářet protilátky, které je možno zjistit testem na HIV do dvou měsíců od styku s virem [ČSAP].

Mezi hlavní příznaky primoinfekce patří zvětšené mízní uzliny selektivně na více místech těla (krk, třísla, podpaží), horečka 38°C a vyšší, noční pocení související s horečkami nebo zánět hltanu. Mezi méně časté příznaky infekce patří vyrážka, která se objevuje pouze na několik hodin, poté opět mizí, ale opakuje se několik dní až dva týdny, bolesti hlavy, svalů, pocit nevolnosti, nechutenství, zvracení, průjem, bělavý povlak sliznice v ústech či afty v ústní dutině. Akutní primární infekce trvá obvykle jeden až dva týdny.

3.2 Druhá fáze infekce

Druhá fáze HIV infekce se nazývá asymptotická fáze neboli bezpříznaková, protože většina nakažených nemá žádné nebo pouze běžné zdravotní komplikace. Toto stádium může trvat 2-10 let. I v této fázi se mohou objevit klinické příznaky onemocnění, které jsou však snadno zaměnitelné s jakýmkoliv jiným onemocněním. Tyto příznaky přetrvávají až několik týdnů a nemají jiné opodstatnění. Mezi hlavní klinické příznaky patří dlouhotrvající zvětšení lymfatických uzlin, úbytek tělesné hmotnosti přes 10 % z celkové váhy, přetrvávající horečka bez dalších příčin, noční pocení, těžké herpetické infekce, dlouhotrvající těžké průjmy. Pokud je infikovaný člověk včas léčen, může tuto fázi až o několik let prodloužit a žít plnohodnotným životem [ČSAP].

3.3 Třetí fáze infekce

Tato fáze nastává často až po deseti letech od nákazy. Imunitní systém člověka je těžce poškozen a jeho účinnost snížena. Organismus přestává produkovat dostatečné množství buněk obranného systému a zbylé buňky nejsou schopny ubránit se proti ostatním nemocem. Propuká onemocnění AIDS.

3.4 Čtvrtá fáze infekce

Ve čtvrté fázi infekce již nakažený člověk plně podléhá nemoci AIDS a není schopen kvalitního života. Trpí několika typickými onemocněními a již nemá šanci na vyléčení. Hlavní symptomy AIDS jsou oportunní infekce, nádorová onemocnění, neurologické problémy a další.

Oportunní infekce je odvozena z latinského slova *opportunitas* neboli příležitost. Zdravý člověk se běžně ubrání mikroorganismům v našem prostředí jako jsou viry, bakterie či parazité. Je-li však imunitní systém jedince oslaben virem HIV, mikroorganismy využijí příležitosti a způsobí těžké oportunní infekce. Postiženy jsou nejčastěji plíce, trávicí soustava, mozek a kůže. Přestože jsou infekce léčeny, může na ně pacient zemřít.

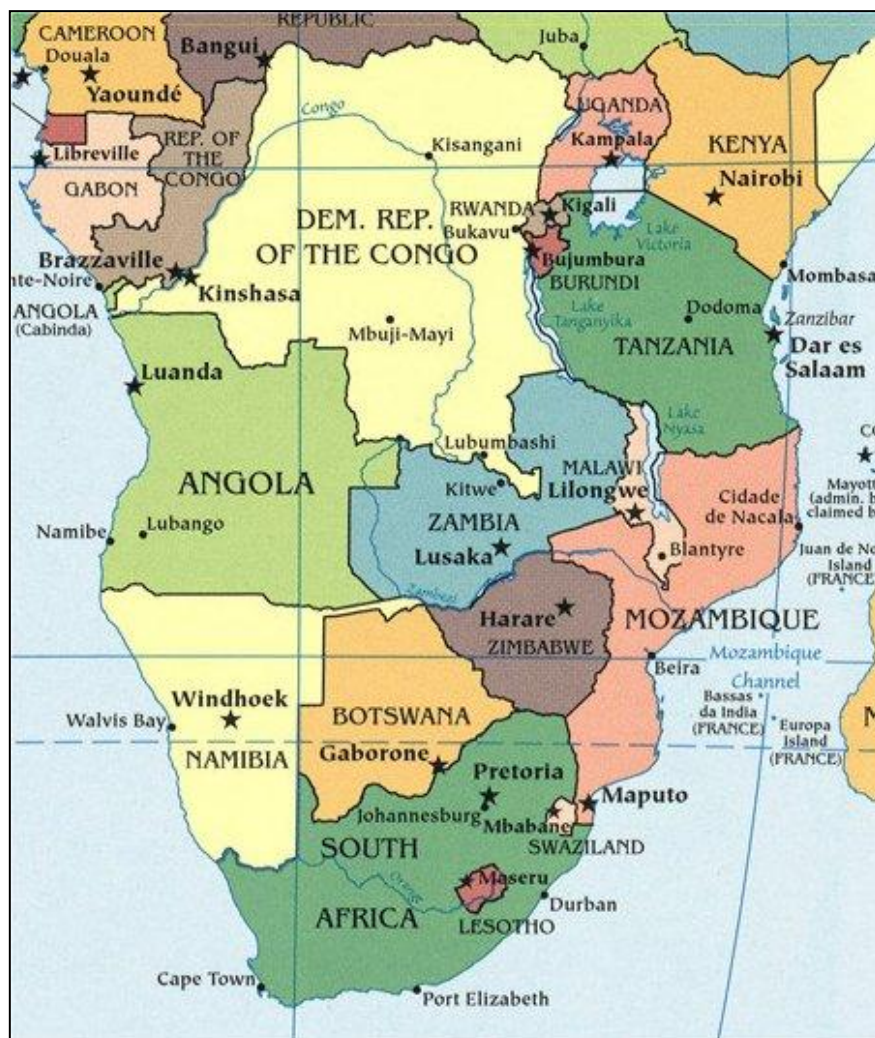
Mezi nádorová onemocnění patří Kaposiho sarkom a lymfomy. Lymfom je nádor lymfatických uzlin. Kaposiho sarkom se projevuje u 35 % pacientů postižených AIDS a patří mezi nejčastější nádorové onemocnění v průběhu nemoci.

K dalším příznakům onemocnění AIDS patří výpadky paměti, zhoršená koordinace projevů, zmatená mluva, snížená ostrost vidění či psychotické chování⁸.

⁸ Neschopnost chovat se a jednat v souladu s okolnostmi.

4 Situace v jednotlivých státech subsaharské Afriky

4.1 JIŽNÍ AFRIKA



Obrázek 4: Mapa jižní Afriky

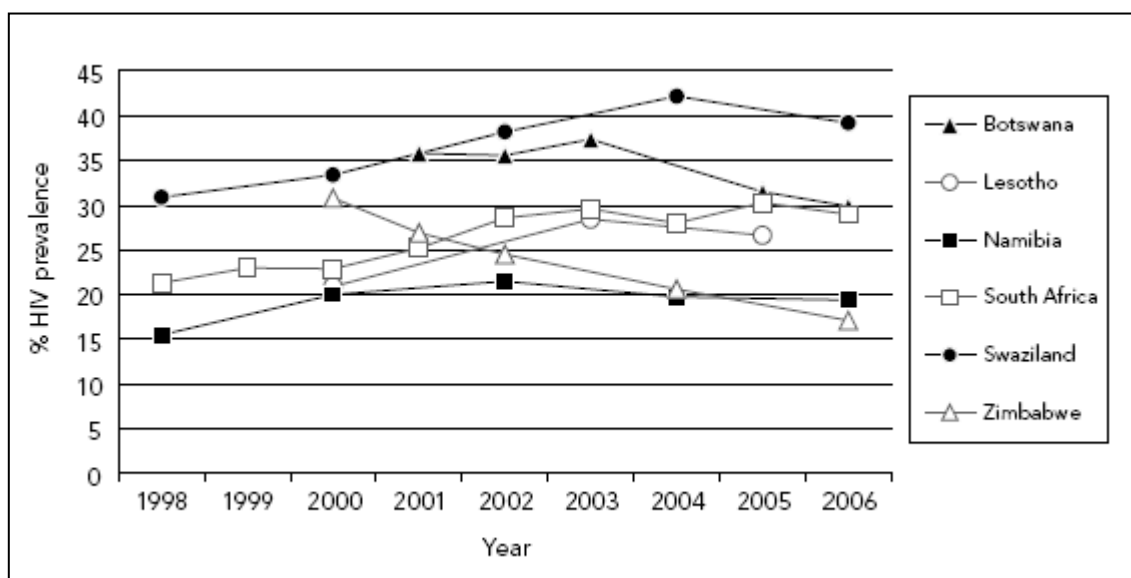
Zdroj:

[http://adopce.farnostblansko.cz/data/files/Zambie/mapa_podrovnkova_Afrika_451x534.jpg]

Jihoafriický region se prostírá v suchém tropickém podnebném pásu. Rozkládá se na savanách, polopouštích a pouštích. Mezi nejznámější pouště patří Namib a Kalahari. Mezi státy Zambií

a Zimbabwe leží na řece Zambezi známé Viktoriiny vodopády. K jižní Africe patří také ostrovy Komory, Maskarény nebo Madagaskar. Mezi jihoafrické státy patří Angola, Botswana, Lesotho, Madagaskar, Malawi, Mauricius, Mosambik, Namibie, Jihoafrická republika, Svazijsko, Zambie a Zimbabwe (viz. obrázek č. 4).

Jižní Afrika patří mezi oblast nejvíce zasaženou pandemií HIV/AIDS. Rozsah a rysy pandemie se v tomto regionu značně liší. V jižní Africe se nachází 35 % všech HIV pozitivních na celém světě a téměř jedna třetina všech nově infikovaných za rok 2007. Z celkového počtu úmrtí na následky AIDS došlo v jižní Africe k 32 %. V sedmi jihoafrických zemích, Botswaně, Lesothu, Mosambiku, Namibii, Jižní Africe, Svazijsku, Zambii a Zimbabwe, překročila pandemie v roce 2005 hranici 15-ti %. Ve většině zemí v tomto regionu se však úroveň infekce stabilizuje a v Zimbabwe je dokonce na ústupu. Pouze v Mosambiku je prevalence HIV vyšší než v předchozích letech. Na grafu č. 5 je zobrazena úroveň počtu infikovaných v jednotlivých státech jižní Afriky [AIDS Epidemic Update, 2007].



Obrázek 5: Prevalence HIV mezi těhotnými ženami ve věku 15-49 let v jižní Africe v letech 1998-2006

Zdroj: AIDS Epidemic Update, 2007

4.1.1 Zimbabwe

Od roku 1980 je Zimbabwe nezávislá republika, kde žije přibližně 12 milionů lidí. Prezidentem Zimbabwe se stal roku 1987 Robert Mugabe. Jeho reformy a diktatura přivedly zemi do hluboké ekonomické krize. Podporu si zajistil přerozdělením půdy, která patřila bílým farmářům, do rukou domorodého obyvatelstva, hlavně bývalým vojákům. Tento krok vedl ke snížení produktivity zemědělství a nedostatku základních potravin v zemi. V roce 2008 se konaly prezidentské volby, které po označování voličů barvami, registrací čísel volebních lístků a vyvražďování stoupenců opozice opět vyhrál Mugabe. Státy Evropské unie výsledky těchto voleb odmítají uznat.

Dalším problémem v zemi je hyperinflace, která dosahovala v polovině roku 2008 neuvěřitelných 11,2 milionu procent ročně. Přibližně polovina obyvatel vyznává synkretické náboženství⁹ s prvky křesťanství či animismu¹⁰, zbytek obyvatel vyznává křesťanství a domorodá náboženství. Průměrně se obyvatelé Zimbabwe dožívají 39-ti let a na rozdíl od vyspělých zemí se vyššího věku dožívají muži. Gramotných je přibližně 19 % obyvatel a více vzdělání jsou opět většinou muži. Zimbabwe má největší míru nezaměstnanosti v Africe, a to ohromných 80 %. Většina nezaměstnaných pracuje ve stínové ekonomice. Pod hranicí chudoby žije 68 % obyvatel [Wikipedie].

Podle průzkumu na prenatálních klinikách v Zimbabwe počet těhotných HIV pozitivních žen klesá. Prevalence mezi gravidními ženami klesla oproti roku 2002 z 26-ti % na 18 % v roce 2006 a u žen ve věku 15-24 let z 21 % na 13 % ve stejném období. Rozšíření HIV je největší v průmyslových oblastech, kde dosahuje 26 %, a v oblastech komerčního zemědělství, kde je infikováno 22 % gravidních žen. Klesající tendence v počtu nakažených virem HIV odráží vysokou úmrtnost na AIDS. Avšak také díky změně chování obyvatel klesá počet nově infikovaných virem. Na východě země se stále více žen i mužů vyhýbá pohlavnímu styku s jiným než se svým stálým partnerem. Vzrostl také počet žen, které pravidelně používají kondom při náhodném styku, a to z 26-ti % v letech 1998-2000 na 37 % v letech 2001-2003. Bohužel to-

⁹ Náboženství vznikající slučováním jednotlivých prvků z náboženských hnutí a systémů.

¹⁰ Víra v existenci nesmrtelné, samostatné duše a duchovních bytostí.

mu tak není také u mužů. Matematické modely naznačují, že úspěch ve snížení prevalence HIV v Zimbabwe je způsoben změnou chování obyvatel [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.2 Jihoafrická republika

Jihoafrická republika (JAR) je jedním z největších států na africkém kontinentu. Uvnitř republiky se nachází samostatné království Lesotho. JAR má rozmanité klimatické podmínky, na západě se rozprostírá poušť Kalahari, zatímco na východě je spíše subtropické klima. V JAR se nachází 13 národních parků. Známa je také Stolová hora. V zemi žije přibližně 43,5 miliónu obyvatel, z toho jsou tři čtvrtiny černoši. 68 % obyvatel vyznává křesťanství, 28,5 % obyvatel vyznává původní kmenová náboženství. Roku 1994 se stal prvním černošským prezidentem Nelson Mandela [Wikipedie].

Jihoafrická republika má velké zásoby nerostných surovin, hlavně zlata a diamantů. Patří mezi nejvyspělejší země Afriky, vytváří přibližně 25 % hrubého domácího produktu (HDP) celého kontinentu a zajišťuje téměř dvě třetiny produkce elektřiny pro celou Afriku.

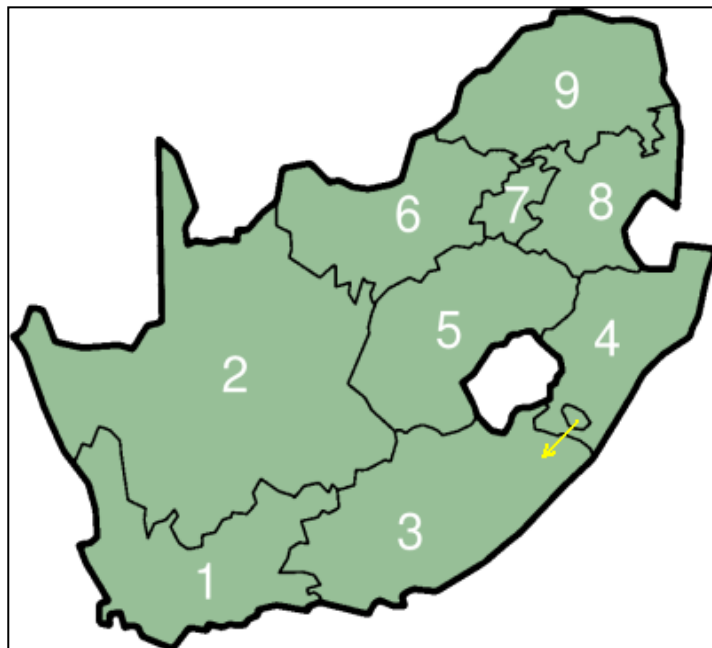
Země se dělí na 9 autonomních provincií (viz. obrázek č. 6 a 7):

1. Západní Kapsko (hlavní město Kapské město)
2. Severní Kapsko (hlavní město Kimberley)
3. Východní Kapsko (hlavní město Bisho)
4. KwaZulu-Natal (hlavní město Pietermaritzburg)
5. Svobodný stát (hlavní město Bloemfontein)
6. Severozápadní provincie (hlavní město Mafikeng)
7. Gauteng (hlavní město Johannesburg)
8. Mpumalanga (hlavní město Nelspruit)
9. Limpopo (hlavní město Polokwane)



Obrázek 6: Mapa JAR

Zdroj: Wikipedie



Obrázek 7: Správní členění JAR

Zdroj: Wikipedie

Problémem jsou v Jihoafrické republice zbraně, ať legálně či nelegálně držené. Je snadné je získat a jejich regulace je nedostatečná. JAR drží prvenství v počtu vražd a zabití způsobených střelnými zbraněmi.

JAR patří mezi země s nejvyšší prevalencí HIV na světě. Podle dat shromážděných na prenatální klinice dosahovala pandemie HIV/AIDS mezi těhotnými ženami v roce 2005 30 % a o rok později 29 %. Rozsah pandemie se značně liší v různých částech země. V provincii Západní Kapsko je na úrovni 15-ti %, zatímco v provincii KwaZulu-Natal dosahuje až 39-ti % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.3 Svazijsko

Svazijsko je malé království ležící na hranici mezi JAR a Mosambikem. Roku 1968 vyhlásilo nezávislost v rámci britského Commonwealthu¹¹. V zemi žije něco přes milion obyvatel. Díky velkému rozšíření HIV se obyvatelé dožívají v průměru 33 let [Wikipedie]. Podle nových průzkumů populace je ve Svazijsku virem HIV infikovaných 26 % ve věku 15-49 let, což znamená, že vždy jeden ze čtyř obyvatel je HIV pozitivní. Mezi jednotlivými regiony jsou velké rozdíly v prevalenci HIV/AIDS. Hlavní rozdíl je v poměru nákazy mezi muži a ženami. Ve Svazijsku je nakaženo 20 % mužů a 31 % žen [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.4 Lesotho

Lesotho je malé království ležící uprostřed JAR. Stejně jako Svazijsko je členem Commonwealthu. Lesotho je jedním z nejchudších států světa. Prevalence HIV v zemi je vysoká. Podle dat sesbíraných v roce 2005 na prenatální klinice je 38 % lidí ve věku 25-29 let HIV pozitivních. 57 % infikovaných využívajících služby kliniky jsou ženy. Počet HIV pozitivních těhotných žen ve věku 15-24 let klesl z 25-ti % v roce 2003 na 21 % v roce 2005, což by mohlo znamenat ústup pandemie HIV/AIDS [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.5 Namibie

Namibie je od roku 1990 nezávislou republikou. V Namibii žijí přibližně 2 miliony obyvatel, patří mezi nejméně zalidněné státy v Africe. 75 % obyvatel je gramotných a většina vyznává křesťanství [Wikipedie]. Od 90. let 20. století se zdá být rozšíření AIDS v Namibii stabilizováno. Jedna z pěti žen ve věku 15-24 let, které navštěvují prenatální kliniku, je HIV pozitivní. Avšak nárůst prevalence HIV mezi ženami ve věku 30-ti let naznačuje, že snahy o prevenci je ještě třeba zlepšit.

¹¹ Volné sdružení Velké Británie a jejích bývalých dominií a kolonií, kde je hlavou britský panovník (Alžběta II.).

4.1.6 Botswana

Botswana je třetím nejvyspělejším státem Afriky. Nezávislost získala již v roce 1966. Díky nalezišti diamantů její hospodářství prudce rostlo. Hospodářský růst by však mohla zastavit pandemie AIDS. V Botswaně je infikována přibližně třetina obyvatel, z toho polovina se nachází v produktivním věku. Odhaduje se, že infekce by do roku 2010 mohla snížit průměrnou délku života na 30 let. Rozšíření HIV mezi ženami navštěvujícími prenatální kliniku kleslo oproti roku 2001 z 36-ti % na 32 % v roce 2006. Tento pokles by mohl znamenat, že pandemie HIV/AIDS se nachází na vrcholu a začne se stabilizovat. Počet HIV pozitivních je ale vysoký. V roce 2005 bylo zaznamenáno jenom mezi těhotnými ženami do věku 20 let 18 % infikovaných. Dobrá zpráva však je, že během období 2001-2006 klesl počet infikovaných těhotných žen ve věku 15-19 let z 25-ti % na 18 % a ve věkové skupině 20-24 let z 39-ti % na 29 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.7 Angola

Angola je republikou rozdělenou do 18-ti provincií. Kvůli bojům trvajícím čtvrt století má rozvrácenou ekonomiku. V Angole žije přes 10 milionů obyvatel. Průměrná délka života mužů je 43 let a průměrná délka života žen 47 let. Data sesbíraná na prenatální klinice v Angole ukazují, že rozšíření mezi těhotnými ženami se v roce 2004 a 2005 příliš nezměnilo. Průměrné rozšíření HIV mezi obyvateli Angoly v roce 2004 bylo odhadováno na 2,4 % a v roce 2005 na 2,5 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.8 Mosambik

V roce 1975 se Mosambik konečně vymanil z područí Portugalska a byla vyhlášena nezávislá Mosambická lidová republika. V zemi žilo mnoho kmenů a jazykových skupin, proto se vláda snažila Mosambik sjednotit, použila k tomu ale kampaň, která diskreditovala kmenové náčelníky. Spor se mezi vládou a kmenovými vůdci rozrostl v občanskou válku, která trvala třicet

let. Občanská válka Mosambik velmi vyčerpala. V roce 1995 se Mosambik stal jako jediný stát, který nebyl bývalou britskou kolonií, členem Commonwealthu. Dnes žije v zemi přibližně 20 milionů obyvatel. 40 % z nich je gramotných, 70 % obyvatel vyznává lidová náboženství a 20 % křesťanství [Wikipedie].

Na začátku století byla pandemie HIV/AIDS v Mosambiku stabilizována, poté se ale začala v celé zemi znovu šířit. Rozšíření HIV mezi těhotnými ženami je nejnižší na severu země (průměr 9 % v roce 2004), ale v jižní a centrální zóně dosahuje nebo i překračuje 20 %. V hlavním městě Maputo a v provinciích Gaza, Inhambane, Manica a Sofala byl počet infikovaných v roce 2004 až 27 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.9 Malawi

Malawi je chudý zemědělský stát ležící v jihovýchodní části Afriky. V roce 1964 získal nezávislost na Velké Británii a stal se samostatnou republikou. V Malawi žije přibližně 12 milionů obyvatel, z nichž je 65 % gramotných [Wikipedie]. Pandemie HIV/AIDS v Malawi se zdá být stabilizována a v některých oblastech začíná klesat. Mezinárodní organizace se snaží změnit chování obyvatel, aby zabránily šíření infekce. Průměrné rozšíření viru mezi těhotnými ženami se pohybuje od počátku tohoto století v rozmezí od 15-ti % do 17 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.10 Zambie

V roce 1964 byla vyhlášena nezávislá Zambijská republika. Zambie je asi 10 krát větší než Česká republika a má přibližně stejný počet obyvatel. V zemi žije mnoho kmenů, obyvatelstvo mluví asi 70-ti jazyky. Gramotných je 79 % obyvatel [Wikipedie]. V Zambii se nacházejí známé Viktoriiny vodopády, které leží na řece Zambezi. Problémem je v zemi pandemie AIDS, i když v některých oblastech země je již na ústupu. V roce 2001 byl národní průměr 21,5 % infikovaných obyvatel, v roce 2005 to bylo již 17 %. Nejnovější průzkum na prenatální klinice ukazuje velké rozdíly v rozšíření HIV mezi těhotnými ženami v městských oblastech a na venkově. Ve městech byl podíl infikovaných žen dvakrát vyšší než na venkově.

V roce 2003 bylo infikováno ve městech 23 % žen a 11 % na venkově, v roce 2005 25 % v městských oblastech a 12 % ve venkovských oblastech. Rozšíření infekce mezi těhotnými ženami ve věku 20-24 let kleslo z 30-ti % v roce 1994 na 24 % v roce 2004 a mezi ženami od 15-ti do 19-ti let z 20-ti % na 14 % za stejné období [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.11 Madagaskar

Madagaskar je čtvrtý největší ostrov na světě. Svým klimatem se velmi liší od ostatních oblastí Afriky. Na Madagaskaru je 50 chráněných území a žije tam mnoho endemických druhů. Do roku 1960 byl ostrov francouzskou kolonií, nyní je samostatnou republikou. Pandemie HIV na ostrově jižní Afriky je mnohem nižší než ve zbylém subregionu. Současná data sesbíraná na prenatální klinice na Madagaskaru ukazují prevalenci infekce 0,2 %, ačkoliv v Sainte Maria bylo v roce 2005 1,1 % infikovaných a ve městě Morondava 0,8 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.1.12 Mauricius

Mauricius je ostrovní stát ležící 900 km východně od Madagaskaru. Rozprostírá se na několika ostrůvcích a ostrovu Mauricius. Roku 1968 se Mauricius osamostatnil a stal se rájem turistů. Mezi hlavní rizikové faktory přenosu HIV na Mauriciu nepatří pohlavní styk, jako v ostatních částech Afriky, ale kontaminované injekční pomůcky drogově závislých. Přibližně tři čtvrtiny infikovaných podle průzkumu v první polovině roku 2004 byli narkomané [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.2 VÝCHODNÍ AFRIKA

Do východní Afriky patří státy Uganda, Keňa, Tanzanie, Burundi, Rwanda, Etiopie, Somálsko, Džibutsko a Eritrea. Některé státy východní Afriky (Etiopie, Somálsko, Džibutsko a Eritrea) leží na Somálském poloostrově (viz. obrázek č. 8). Říká se mu také Africký roh. Ve východní Africe se nachází národní park Serengeti, dvě nejvyšší hory Afriky – Kilimandžáro a Mount Kenya, a největší africké jezero Ukurewe.



Obrázek 8: Státy východní Afriky

Zdroj:

[http://adopce.farnostblansko.cz/data/files/Uganda/mapa_Uganda_pol_2007.jpg]

Ve většině zemí východní Afriky je rozšíření infekce HIV mezi dospělými buď stabilní, nebo začíná klesat. Poslední tendence ve vývoji HIV/AIDS jsou zřejmé v Keni, kde pandemie klesá hlavně díky změně chování obyvatel. Kromě změny chování k poklesu prevalence HIV přispěla také úmrtnost na následky AIDS.

4.2.1 Uganda

Od roku 1962, kdy se Uganda osamostatnila, probíhaly v zemi neustálé boje o moc, které se nyní s výjimkou severu uklidnily. Uganda je demokratická republika dělicí se na 70 distriktů formálně seskupených do 4 oblastí (Centrální, Severní, Východní a Západní). Hovoří se zde 40-ti různými jazyky. V Ugandě žije přibližně 30 milionů obyvatel, téměř 70 % je gramotných [Wikipedie]. V roce 2005 bylo v Ugandě 6,7 % HIV pozitivních. Uganda byla první zemí v subsaharské Africe, kde byl registrován pokles pandemie HIV mezi dospělými. Pandemie však zůstává vážným problémem. Rozšíření mezi ženami (7,5 %) je vyšší než mezi muži (5,0 %), v městských oblastech (10 %) je vyšší než na venkově (5,7 %). Prevalence HIV začala v Ugandě klesat od roku 1992, díky postupným změnám v chování obyvatel, které zpomalily šíření viru. Na začátku 20. století se ale pokles umírní. Zatímco pokles pandemie mezi těhotnými klientkami prenatální kliniky v Kampale v roce 2005 stále pokračoval a stejně tak v některých venkovských oblastech, ve městech se pokles zastavil a vývoj v počtu HIV pozitivních se stabilizoval. Podobně ve venkovských oblastech na jihu země se úroveň nakažených od roku 2000 mezi muži i ženami ustálila. Je důležité poznamenat, že stabilní míra rozšíření HIV v Ugandě, kde je vysoká míra růstu populace (míra porodnosti¹² za rok 2006 dosáhla 6,7), znamená vzrůstající počet nově infikovaných virem HIV. Nárůst počtu nově infikovaných souvisí s častějším riskováním obyvatel v jejich sexuálním chování.

V tabulce č. 1 je shrnut národní průzkum obyvatel v letech 1995 až 2006, ve kterém bylo zaznamenáno častější riskování žen i mužů při pohlavním styku, ale také častější používání kondomů u obou pohlaví. Tento průzkum ukazuje nulový pokrok v osvojení bezpečnějšího

¹² Míra porodnosti je základním údajem pro udávání porodnosti (demografický ukazatel udávající podíl narozených z určité skupiny za určité časové období); míra porodnosti je ukazatel udávající počet narozených na 1 000 osob středního stavu obyvatelstva za kalendářní rok.

sexuálního chování obyvatel. Je nutné oživit a přizpůsobit preventivní úsilí, které již v 90. letech udrželo pandemii v Ugandě pod kontrolou.

Tabulka 1: Sexuální chování mužů a žen v Ugandě v letech 1995-2006

	1995	2000	2004-5	2006
Ženy				
Procento žen s rizikovým sexuálním chováním	12	14	15	16
Procento žen, které při pohlavním styku použilo kondom				
Muži				
Procento mužů s rizikovým sexuálním chováním	29	28	37	36
Procento mužů, které při pohlavním styku použilo kondom	35	59	53	57

Zdroj: AIDS Epidemic Update, 2007

4.2.2 Keňa

Od roku 1920 byla Keňa britskou kolonií, v roce 1964 se osamostatnila a stala se nezávislou republikou. Keňa je členem Commonwealthu a Organizace spojených národů (OSN). V zemi žije přibližně 37 milionů obyvatel, které se dělí do 50-ti různých etnických skupin. 67 % obyvatel žije na vesnici a 76 % obyvatel pracuje v zemědělství. Celá polovina obyvatel je mladší 20-ti let. Očekávaná délka života je pod 50 let. 85 % dětí chodí do základní školy a 24 % na střední školu [Wikipedie]. Největší univerzita se nachází v hlavním městě Nairobi (viz. obrázek č. 9). Keňa má 35 národních parků a rezervací. Je známá také díky výborným běžcům, kteří se účastní olympijských her.

Rozšíření pandemie HIV/AIDS v Keni kleslo ze 14-ti % v polovině 90. let na 5 % v roce 2006. Sestupná tendence byla velmi zřejmá v urbanistických oblastech Busia, Meru, Nakuru a Thika. Průměrná míra infekce tam klesla u těhotných žen ve věku 15-49 let z 28 % v roce 1999 na 9 % v roce 2003 a mezi ženami navštěvujícími prenatální kliniku ve věku 15-34 let klesla z 29-ti % v roce 1998 na 9 % v roce 2002 [AIDS Epidemic Update, 2007].



Obrázek 9: Mapa Keni

Zdroj: Wikipedie

4.2.3 Tanzanie

Oficiální název země je Spojená republika Tanzanie (United Republic of Tanzania). Tanzanie totiž vznikla sloučením dvou států Tanganiky a Zanzibaru. Název státu vznikl také sloučením jmen těchto dvou zemí. Tanzanie má i dvě hlavní města. V Tanzanii žije přibližně 37 milionů obyvatel, z nichž je 67 % gramotných. [Wikipedie] V Tanzanii najdeme známý národní park Serengeti, na hranicích s Demokratickou republikou Kongo leží jezero Tanganika a na severovýchodě země se nachází nejvyšší hora Afriky Kilimandžáro (5 895 metrů nad mořem). Pro

zajímavost ze Zanzibaru pocházel zpěvák známé rockové skupiny Queen Freddie Mercury, který roku 1991 den před Štědrým dnem zemřel na AIDS.

Dobrá zpráva je, že rozšíření HIV v Tanzanii klesá. Podle nejnovějších informací z kliniky v Zanzibaru se počet HIV pozitivních pohybuje mezi 0,7 % v Unguje a 1,4 % v Pembě. V Tanzanii pandemie mezi ženami využívajícími služby kliniky klesla z 9,6 % v letech 2001-2002 na 8,7 % v letech 2003-2004. Na pevnině průzkum během let 2003 a 2004 ukázal rozšíření pandemie mezi dospělými 7 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.2.4 Burundi

Od roku 1962, kdy získalo Burundi nezávislost, probíhaly v zemi krvavé převraty a boje o moc, které vyvrcholily v roce 1993 občanskou válkou. Teprve od roku 2005 se v Burundi buduje křehký mír. Opakované nepokoje jsou vyvolávány nadvládou menšinového kmene Tutsiů nad kmenem Hutuů. Občanská válka trvající třináct let měla na svědomí 300 000 lidských životů. Populace v Burundi čítá na 8 milionů obyvatel a řadí se k druhé nejhustěji osídlené zemi v subsaharské Africe. 60 % obyvatel je gramotných. Očekávaná délka života je 50 let. Téměř polovina obyvatel se nachází ve věku pod 15 let. Pouze 3 % obyvatel se řadí do skupiny nad 65 let. Více jak 50 % obyvatel žije pod hranicí chudoby [Wikipedie]. V Burundi byla zaznamenána v 90. letech klesající tendence v počtu infikovaných, prevalence HIV klesla z 8,3 % v roce 2001 na 3,3 % v roce 2005. Po tomto roce ale pokles ustal a pandemie je opět na vzestupu [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.2.5 Rwanda

Obdobně jako v Burundi proběhly ve Rwandě krvavé boje o moc mezi zneprátenými kmeny Hutuů a Tutsiů, které přerostly v roce 1990 v občanskou válku a rwandskou genocidu. Bylo zavražděno na 800 000 lidí. Kvůli občanské válce se zhroutila ekonomika, v zemi je nedostatek i základních potravin a celý stát je závislý na zahraniční pomoci. Podobná situace jako v Burundi je ve Rwandě i v šíření HIV, kdy prevalence HIV byla v roce 2001 8,9 % a o čtyři roky později klesla na 3,1 %. Průzkum na perinatální klinice ve Rwandě v roce 2005 ukázal, že 4,1 % těhotných žen bylo HIV pozitivních. Největší rozšíření bylo zaznamenáno v hlavním

městě Kigali 13 %, v městských oblastech v průměru 5 % a na venkově něco přes 2 %. Významný pokles byl pozorován v Rwamaganě, kde klesl počet infikovaných z 13-ti % na 4 % mezi lety 1998-2005 a v Gikundu ze 14-ti % na 8 %. Největší pokles pandemie byl zaznamenán koncem 90. let. Poté se situace stabilizovala [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.2.6 Etiopie

Etiopie byla dříve známá pod názvem Habeš. Kromě let 1936-1941, kdy byla okupována Itálií, nemá jako ostatní africké země koloniální historii. V roce 1993 se od Etiopie oddělila Eritrea. O hranice se dodnes vedou spory. Etiopie je velmi zadlužená a patří mezi nejchudší země na světě. Podle průzkumu bylo v roce 2005 v Etiopii 1,6 % HIV pozitivních. Nejvíce postižen byl region Gambela se 6 % a Addis Abeba se 4,7 %. V urbanistických oblastech byla v letech 1996-2000 pandemie stabilizována, poté začala pomalu ustupovat, obzvláště v hlavním městě Addis Abeba [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.2.7 Eritrea

Eritrea patří mezi nejmladší státy světa, neboť po dlouhých bojích si prosadila nezávislost až v roce 1993. Nevyznačené jižní hranice však vedly k další válce s Etiopií. Přestože boje obě země vyčerpaly, všechny své prostředky vkládaly do zbrojení. Eritrea je ve velmi špatné hospodářské situaci. Polovina obyvatel žije pod hranicí chudoby. V zemi neexistuje svoboda slova ani náboženská svoboda. 45 % obyvatel je mladších 14-ti let. Průměrná délka života se pohybuje okolo 50-ti let [Wikipedie]. Problémem není v zemi pouze onemocnění AIDS, ale také malárie. Počet HIV pozitivních na prenatální klinice v Eritrei byl v roce 2003 i v roce 2005 2,4 %. Rozšíření HIV v roce 2005 bylo nejvyšší v urbanistických oblastech (3 %), proti tomu na venkově pouhých 0,9 %. Ve městech Eritrei se infekce pohybuje v rozmezí od nejvýše 7,4 % v přístavním Assabu na jihu, přes 4,2 % v metropoli Asmara, až k 3,3 % v přístavu Massawa [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.2.8 Somálsko

Somálský stát dnes formálně neexistuje, v zemi není uznaná vláda a Somálskem otřásá občanská válka. Země je rozdělena do několika regionů, ve kterých drží moc mezinárodně neuznané vlády, prozatímní přechodná vláda, etiopská armáda nebo místní klany. Somálsko získalo po roce 1960 nezávislost. V roce 1991 byl svržen diktátor Barre a od té doby převládá v zemi chaos. 80 % obyvatel je negramotných. Pouze 25 % dětí se dožije alespoň 5-ti let. Ze země uprchlo přes milion lidí. Na rozdíl od ostatních afrických států je zde nízká rozšířenost viru HIV. Průzkum v Somálsku v roce 2005 ukázal prevalenci HIV 2,3 % v Berberě (viz. obrázek č. 10). Avšak kvůli konfliktům v zemi jsou další data prakticky nedostupná [AIDS Epidemic Update, 2007].



Obrázek 10: Mapa Somálska

Zdroj: Wikipedie

4.3 ZÁPADNÍ A CENTRÁLNÍ AFRIKA

Mezi státy západní a centrální Afriky patří Nigérie, Benin, Togo, Burkina Faso, Mali, Ghana, Pobřeží slonoviny¹³, Senegal, Gambie, Guinea, Libérie, Sierra Leone, Čad, Niger, Kamerun, Demokratická republika Kongo a Středoafrická republika (viz. obrázek č. 11). Africké státy převzaly hranice z období kolonialismu, což vedlo k rozdělení etnických a kulturních území a roztržení etnických skupin do několika států.



Obrázek 11: Mapa západní a centrální Afriky

Zdroj:

[<http://www.levnadovolena.cz/userfiles/image/mapy/afrika.gif>]

Ve srovnání s ostatními regiony Afriky je západní a centrální Afrika mnohem méně postižena pandemií HIV/AIDS. Počet nakažených HIV je zde celkem stabilní. V některých zemích jako je Pobřeží slonoviny, Mali nebo Burkina Faso je pandemie na ústupu. V těchto zemích byl zaznamenán značný posun k bezpečnějšímu sexuálnímu chování.

¹³ Jediným platným a mezinárodně uznávaným názvem státu Pobřeží slonoviny je Côte d'Ivoire.

4.3.1 Nigérie

Po osamostatnění v roce 1960 vypukla v Nigérii jako v ostatních zemích Afriky občanská válka a boje o moc. Nyní je situace v zemi umírněná. Nigérie je rozdělena do 36-ti menších států a do 538 okrsků. Nigérie čítá největší populaci v Africe, žije tam 140 milionů obyvatel dělících se do 250-ti různých etnických skupin [Wikipedie]. Nigérie byla jako mnoho afrických států velmi zadlužená, v roce 2006 se ji jako první podařilo vyrovnat své dluhy vůči Pařížskému klubu¹⁴. Nigérie patří mezi nejvíce postižené země pandemií HIV/AIDS v tomto subregionu. Úroveň rozšíření HIV v zemi se zdá být stabilní, ačkoliv mezi jednotlivými oblastmi v zemi existují velké rozdíly. Pandemie HIV mezi těhotnými ženami se pohybuje v rozmezí od 1,6 % na západě v Ekiti, přes 8 % na jihu v Akwa Ibom až k 10-ti % na jihozápadě v Benue [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.2 Benin

Benin získal nezávislost v roce 1960. O 15 let později byla vyhlášena Lidová republika Benin. V zemi probíhaly vojenské převraty a zfalšované volby. Benin byl velmi zadlužený a v hospodářské krizi. Podobně jako Nigerii se i Beninské republice podařilo v roce 2006 splatit dluh. Stále však patří mezi nejchudší země světa a její ekonomika je slabá a nevýkonná. Průzkum v roce 2003 v zemi ukázal poměrně stabilní úroveň pandemie HIV mezi těhotnými ženami navštěvujícími prenatální kliniku, a to na úrovni 2 %. Podle dalšího průzkumu bylo během roku 2006 1,2 % obyvatel infikováno virem a rozšíření mezi ženami se pohybovalo okolo 1,5 %, což je téměř dvakrát tolik než u mužů (0,8 %) ve stejném období [AIDS Epidemic Update, 2007].

¹⁴ Pařížský klub je neformální skupinou, která sdružuje zástupce devatenácti nejbohatších států světa, které jsou věřiteli zadlužených států, a hledají společný postup pro řešení těžké splátkové situace chudých a rozvojových zemí. Pařížský klub vznikl v roce 1956, kdy Argentina souhlasila, že se setká se svými největšími věřiteli v Paříži a pokusí se s nimi dohodnout na podmínkách splácení svého dluhu.

4.3.3 Togo

V republice Togo žije přibližně 5,5 milionu obyvatel. Togo je chudá země se špatnou ekonomikou. Hospodářství je řízeno autoritativně. Je zde povolena pouze jedna politická strana. Togo patří mezi jednu z nejvíce zasažených zemí pandemií HIV/AIDS v západní Africe. Při testování na klinice bylo 4,2 % gravidních žen HIV pozitivních. Průzkumy ale naznačují klesající tendenci ve vývoji infekce. V roce 2003 byla prevalence na úrovni 4,8 %, v roce 2004 klesla na 4,6 % a v roce 2006 na 4,2 %.

4.3.4 Burkina Faso

Do roku 1984 se tato republika nazývala Horní Volta, až poté byla přejmenována na Burkina Faso, což v překladu znamená Země spravedlivých. Tento název však rozhodně nevystihuje politickou situaci v zemi. V Burkině Faso žije přibližně 15 milionů obyvatel, které se dělí do 160-ti různých etnik. 82 % obyvatel je negramotných. Většina obyvatel žije na venkově. Průměrná délka dožití se pohybuje okolo 50-ti let [Wikipedie]. Prevalence HIV v roce 2001 dosáhla 6,5 %, v roce 2005 již klesla na 2,0 %. Hlavně v městských oblastech Burkina Faso byl zaznamenán pokles pandemie. Mezi těhotnými ženami navštěvujícími prenatální kliniku klesl počet infikovaných v městských oblastech v letech 2001-2003 na polovinu (pod hranici 2 %) [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.5 Mali

Mali má podobnou historii jako většina ostatních afrických států. Republika Mali se osamostatnila v roce 1960, socialistická vláda přivedla hospodářství státu do krize, poté proběhl vojenský převrat a 20 let se silou držela u moci jedna strana. V roce 1991 proběhl v zemi další vojenský převrat, který tentokrát nasměroval politiku k demokracii. V Mali žije přibližně 12 milionů obyvatel, gramotná je jedna třetina a 90 % obyvatelstva vyznává islám [Wikipedie]. Podle nejnovějších dat klesá pandemie HIV/AIDS také v Mali. V průzkumu v roce 2006 byla zaznamenána prevalence HIV 1,2 %, což je oproti roku 2001 zlepšení. V roce 2001 pandemie HIV dosahovala 1,7 % (2 % mezi ženami a 1,3 % mezi muži). Jedním z faktorů poklesu in-

fekce v Mali je vysoká úmrtnost. V roce 2005 byl ještě počet nakažených žen navštěvujících prenatální kliniku 3,4 % stejně jako v předešlém roce [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.6 Ghana

V období kolonialismu, kdy byla Ghana pod nadvládou Velké Británie, se tomuto území říkalo Zlaté pobřeží. Ghana získala jako první ze zemí podsahaří nezávislost. Nyní je republikou s parlamentní demokracií a členem Commonwealthu. V Ghaně žije přibližně 23 milionů obyvatel. Průměrná míra infekce HIV mezi těhotnými ženami se v letech 2000 až 2006 pohybovala mezi 2,3 % a 3,6 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.7 Pobřeží slonoviny

Pobřeží slonoviny (angl. Côte d'Ivoire) získalo nezávislost na Francii v roce 1960. Země se stala třetím největším producentem kávy na světě a podílela se 40-ti % na vývozu západní Afriky. V roce 1979 se stala největším producentem kakaa na světě. Ekonomický růst pokračoval až do 80. let, kdy jej vystřídala ekonomická krize. V zemi propukly náboženské spory a proběhl politický převrat. Od roku 2002 je Pobřeží slonoviny v občanské válce. V republice žije přibližně 18 milionů obyvatel, z nichž bylo v roce 2006 4,7 % HIV pozitivních. Zdá se, že pandemie je na ústupu. Alespoň podle průzkumu v urbanistických oblastech klesá počet infikovaných gravidních žen (z 10-ti % v roce 2001 na 6,9 % v roce 2005) [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.8 Senegal

Senegal získal nezávislost stejně jako mnoho zemí západní Afriky v roce 1960 a zároveň se stal členem OSN. V Senegalu žije 12 milionů obyvatel. Více než 40 % žije ve městech. Dvě třetiny obyvatel je negramotných. 93 % obyvatel vyznává islám [Wikipedie]. Počet infikovaných virem HIV v Senegalu v roce 2005 dosahoval pouhých 0,7 %. Avšak přenos HIV je zde stále nejvíce spojen s nechráněným placeným sexem. Například v regionu Ziguinchor 30 % infikovaných bylo zaznamenáno mezi prostitutkami [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.9 Gambie

Gambie je nejmenším státem v Africe. Leží uprostřed Senegalu a je tak důležitou dopravní spojnici, průjezd státem je zpoplatněn. Gambie byla britskou kolonií, nezávislost získala v roce 1965. Nyní je Gambie oblíbenou destinací evropských turistů. Rozšíření viru HIV-1 mezi gravidními ženami v Gambii vzrostlo z 0,7 % na 1,0 % v letech 1994-2000, zatímco rozšíření viru HIV-2 kleslo ze 1,0 % na 0,8 % ve stejném období [AIDS Epidemic Update, 2007].



Obrázek 12: Mapa Gambie

Zdroj: Wikipedie

4.3.10 Guinea

Guinea je chudý stát ležící na západním pobřeží Afriky. Její historie je obdobná, jako v ostatních afrických státech. V Guinei žije přibližně 10 milionů obyvatel. 40 % obyvatel je gramotných, 89 % vyznává islám [Wikipedie]. Pandemie HIV/AIDS v Guinei se v různých oblastech státu příliš neliší. Zdá se, že v hlavním městě Conakry v roce 2005 dosáhla svého vrcholu a to 2,1 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.11 Libérie

V Libérii proběhly dvě občanské války, které zdevastovaly ekonomiku země. V čele republiky stojí Ellen Johnson-Sirleaf, která se stala vůbec první ženou zvolenou do prezidentského křesla v Africe a která se snaží díky mezinárodní pomoci obnovit liberijské hospodářství. V Libérii žije okolo 3,5 milionu obyvatel. Mnoho obyvatel ze státu uprchlo před občanskou válkou. Průměrná délka života je pouhých 40 let. 44 % obyvatel se nachází ve věku pod 15 let [Wikipedie]. Předběžný průzkum v roce 2007 odhalil rozšíření HIV mezi obyvateli ve věku 15-49 let 1,5 %. Infekce se v různých oblastech země liší, v městských oblastech dosahuje až 2,5 %, zatímco na venkově 0,8 %. Nejvíce postižen je region Monrovia, kde je počet HIV pozitivních 2,6 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.12 Sierra Leone

Sierra Leone bývala britskou kolonií, osamostatnila se v roce 1961. V zemi proběhly vládní převraty a boje o moc. Nyní je Sierra Leone prezidentskou republikou. Celkový počet infikovaných obyvatel virem HIV se oproti roku 2001 snížil ze 7 % na 1,6 % v roce 2005. Avšak podle dat sesbíraných na klinice mezi těhotnými ženami je pandemie HIV/AIDS na vzestupu. V urbanistických oblastech byla infikována 3 % gravidních žen v roce 2003, o dva roky později jejich počet stoupl na 4,1 % [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.13 Čad

Čad je vnitrozemským státem ležící v centrální Africe. Do roku 1960 byl francouzskou kolonií, šest let po osvobození propukla v zemi občanská válka. Po ukončení války měl Čad dobré předpoklady pro počátek období prosperity hlavně díky nalezištím ropy. Bohužel další spory vedly opět k obnovení občanské války. Od roku 2005 je Čad ve válce se Súdánem. Od roku 1991 se Čad také soudí s Rumunskem o podobu státní vlajky, která je totožná. V roce 2005 žilo v Čadu 3,3 % HIV pozitivních občanů. Zdá se, že pandemie je koncentrována v městských oblastech, kde je na úrovni 7 %, zatímco na venkově je třikrát menší [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.14 Niger

V sousedním státě Niger se pandemie HIV/AIDS pohybuje na mnohem nižší úrovni 0,7 %. Infekce je vyšší pouze v regionu Agadez, kde dosahuje 1,6 % a v regionu Diffa, kde je 1,7 %. Politická situace v zemi je nestabilní. V Nigeru žije 12 milionů obyvatel. Průměrná délka jejich života se pohybuje okolo 40-ti let [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.15 Kamerun

Na rozdíl od ostatních afrických zemí neproběhly v Kamerunu vládní převraty a jeho politický vývoj byl stabilní. V Kamerunu žije 17 milionů obyvatel. Přibližně polovina vyznává islám [Wikipedie]. Průzkum v Kamerunu v roce 2004 ukázal velké rozdíly v počtu nakažených obyvatel virem HIV v zemi. Na jihu se rozšíření HIV pohybuje okolo 1,7 %, v nejjižnější části země 2,0 %, v hlavním městě Yaoundé až 8,3 %, v jihozápadní provincii 8 %, ve východní provincii 8,6 % a 8,7 % v severozápadní provincii [AIDS Epidemic Update, 2007].

4.3.16 Demokratická republika Kongo

Demokratická republika Kongo je třetím největším státem v Africe. V období kolonialismu patřilo toto území Belgii a nazývalo se Svobodný stát Kongo, přestože bylo ve snaze vytěžit přírodní zdroje terorizováno a počet obyvatel byl v tomto období zredukován na polovinu. Po osamostatnění v roce 1960 se Kongo vyznačovalo politickou nestabilitou. Stát byl přejmenován na Zair. V roce 1994 propukla v zemi občanská válka. Po uklidnění situace v roce 1997 byl Zair opět přejmenován na Demokratickou republiku Kongo. Dodnes je situace v zemi nestabilní. Díky válkám patří Kongo mezi nejchudší státy na světě a obyvatelé trpí hladomorem. V republice žije 66,5 milionu obyvatel, které se dělí do 250-ti etnických skupin. 42 % obyvatel je negramotných. 40 % obyvatel trpí dlouhodobou podvýživou. 80 % obyvatel vyznává křesťanství. Pouze 15 % obyvatel má alespoň středoškolské vzdělání [Wikipedie]. Rozšíření HIV mezi těhotnými ženami zůstává poměrně stabilní, v hlavním městě Kinshasa se pohybovalo na úrovni 3,8 % v roce 1995 a 4,2 % v roce 2005, v druhém největším městě Lubumbashi vzrostlo ze 4,7 % v roce 1997 na 6,6 % v roce 2005, stejně tak v Mikalayi, kde v roce 1999 bylo 0,6 % a v roce 2005 2,2 %. Počet HIV pozitivních je také vysoký ve městech Matadi, Kisangani a Mbandaka, kde počet infikovaných žen navštěvujících kliniku byl 6

% v roce 2005. Ve městě Tshikapa infekce dosahuje 8 %. Jednotlivá města jsou zobrazena na obrázku č. 13. Kromě pandemie AIDS je zde problémem brutální znásilňování žen. Jenom v roce 2005 museli v jižním Kivu lékaři ošetřit 42 000 znásilněných žen [AIDS Epidemic Update, 2007].



Obrázek 13: Mapa Demokratické republiky Kongo

Zdroj: Wikipedie

4.3.17 Středoafriická republika

Středoafriická republika (SAR) se od Francie osamostatnila v roce 1960. Patří mezi nejméně rozvinuté země na světě. Na severu země stále probíhá válka. SAR je jednou z nepostiženějších zemí pandemií HIV/AIDS v západní a centrální Africe. V roce 2006 celostátní prevalence HIV dosahovala 6,2 %. Rozšíření mezi ženami (7,8 %) je téměř dvakrát vyšší než mezi muži (4,3 %). Mezi jednotlivými oblastmi země jsou velké rozdíly [AIDS Epidemic Update, 2007].